
This is the **published version** of the article:

Garrido Gómez, Eva; Cammany i Dorr, Rosmarie. Aportaciones de la observación y el análisis del movimiento a la enfermería de salud mental. 2017. 141 p.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/191268>

under the terms of the  license

Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental

Eva Garrido Gómez

Máster en Danza Movimiento Terapia

Tutora: Dra. Rosemarie Cammany

Barcelona, diciembre de 2017

*Pel Toni, la Maria i el Joan que m'han permès fer ballar l'amor
oblidant algun compàs... ballem la vida!*

*A Rosemarie, ¡gracias por coreografiar mis pasos!
A mis compañeros de Hospital de Día, por ser estadística y esencialmente significativos,
a mis compañeros de movimiento, por la búsqueda y el encuentro,
a Heidrun e Iris, por la inspiración,
a Pilar, por acceder a la experiencia,
a la Enfermería y a los enfermeros siempre
y ante todo y después de todo a la persona cuidada.*

El único verdadero viaje de descubrimiento consiste no en buscar nuevos paisajes, sino en mirar con nuevos ojos.

Marcel Proust (1871- 1922)



(Everett, 2008)

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
Summary	8
 I. INTRODUCCIÓN	9
1. Motivación y justificación del trabajo	9
2. Objetivos.....	10
3. Resultados esperados.....	11
4. Metodología	12
 II. ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	14
1. Perspectiva histórica del cuidado a enajenados, dementes y orantes. Nuevos tiempos, nuevos retos.....	14
2. Notas sobre Enfermería de Salud Mental, qué es y qué no es	18
3. Metodología del cuidado enfermero (de Salud Mental)	20
3.2. Proceso Enfermero	25
3.2. Taxonomía Enfermera	25
 III. ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL Y DANZA MOVIMIENTO TERAPIA, BAILANDO AL MISMO COMPÁS... QUE EL PACIENTE.....	30
1. Aspectos esenciales de la Danza Movimiento Terapia a considerar por la Enfermería de Salud Mental	31
1.1. Presencia terapéutica	32
1.2. Empatía kinestésica y entonamiento afectivo	34
1.3. Contratransferencia somática	36
2. Cuerpo, corporeidad y subjetividad en el cuidado enfermero de Salud Mental.....	37
3. Sobre cuerpos afectados y efectos en el cuerpo	41
4. Efectos del cuidar	47

IV. QUÉ SE MUEVE Y CÓMO SE MUEVE: OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DEL

MOVIMIENTO	55
1. Breve recorrido por la Observación y el Análisis del Movimiento	57
2. Introducción a los Sistemas de Observación y Análisis.....	60
2.1. <i>Laban Movement Analysis</i> (LMA)	61
2.2. Otros Sistemas de Observación y Análisis: <i>Kestenberg Movement Profile</i> (KMP) y <i>Movement Psychodiagnostic Inventory</i> (MPI).....	65
3. Aspectos de la Observación y el Análisis del Movimiento a considerar por la Enfermería de Salud Mental	69
3.1. Aspectos corporales	70
3.2. Aspectos espaciales	74
3.3. Aspectos de la dinámica	77
3.4. Aspectos relacionales	80
3.5. Aspectos de la acción	82

V. APORTACIONES DE LA OBSERVACIÓN Y EL ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO A LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL: A PROPÓSITO DE UNA EXPERIENCIA.....

1. Introducción	86
1.1. Universo y muestra.....	86
1.2. Objetivos.....	87
1.3. Resultados esperados.....	88
2. Elaboración de la sesión	88
2.1. Diseño de la sesión	88
2.2. Diseño de instrumentos indicadores.....	90
2.3. Diseño de material de apoyo.....	92
3. Puesta en marcha de la sesión y recogida de información.....	93
4. Análisis de la información y resultados obtenidos.....	94
4.1. Adquisición de conocimientos y habilidades	95
4.2. Motivación y satisfacción	102
5. Observaciones	104

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	105
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRÁFICAS.....	108
VIII. ANEXOS	121
1. Evaluación de riesgos psicosociales en Enfermería de Salud Mental	121
2. Material de la sesión	123
2.1. Dossier para el participante.....	123
2.1.1. Presentación y agradecimientos.....	124
2.1.2. Diseño de la sesión	124
2.1.3. Consentimiento informado.....	125
2.1.4. Cuestionario Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental (pre-intervención).....	126
2.1.5. Aspectos de la Observación y el Análisis del Movimiento a considerar por la Enfermería de Salud Mental	128
2.1.6. Cuestionario Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental (post-intervención)	133
2.1.7. Encuesta de Satisfacción de la sesión Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental.....	135
2.2. Diapositivas PowerPoint de la sesión	136
2.3. Vídeos utilizados en la sesión	140
2.4. Certificado Dirección Enfermera	141

RESUMEN

El presente trabajo de fin de máster pretendió, a través de una narrativa bibliográfica y una experiencia formativa concreta, analizar las posibles contribuciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental, desde un enfoque metodológico, clínico y siendo un instrumento para el autoconocimiento, el autocuidado y la autogestión del propio enfermero especialista.

Los conceptos principales de la revisión bibliográfica fueron la Enfermería de Salud Mental y la Observación y el Análisis del Movimiento, transitando desde perspectivas históricas y paradigmas metodológicos hasta llegar a vínculos actuales entre ambas disciplinas y proyecciones de futuro.

Una experiencia formativa que incluyó el diseño y la puesta en marcha de una sesión teórico-práctica, permitió conocer el interés de los enfermeros participantes en incrementar conocimientos y habilidades relacionados con el cuerpo y el movimiento, ofreciéndoles pinceladas de este nuevo recurso, cuantificando el aumento de conocimientos y habilidades después de la intervención y evaluando el nivel de satisfacción respecto a la experiencia.

Palabras clave: Observación y Análisis de Movimiento, Enfermería de Salud Mental, Danza Movimiento Terapia.

SUMMARY

This master's thesis aimed, through a bibliographic narrative and a concrete training experience, to analyse feasible contributions of Observation and Movement Analysis to Mental Health Nursing, from a methodological and clinical approach and as an instrument for self-knowledge, self-care and self-management for the nurse specialists themselves.

The main concepts of the literature review were Mental Health Nursing and Movement Observation and Analysis, going through historical perspectives and methodological paradigms and reaching the current associations between both disciplines as well as future projections.

A specific formative experience, which included the design and implementation of a session, allowed to uncover the interest of the participant nurses by improving their theoretical and practical knowledge related to the body and movement, offering a taste of this new resource, were quantified, after the intervention, the increase in knowledge and the satisfaction level for the experience.

Keywords: Movement Observation and Analysis, Mental Health Nursing, Dance Movement Therapy.

I

INTRODUCCIÓN

Para nosotras que cuidamos, nuestros cuidados suponen que si no progresamos cada año, cada mes, cada semana, en realidad estamos retrocediendo. Ningún sistema que no avance puede perdurar.

(Nightingale, 1859, citada en Giménez y Bordanove, 2009, p.108)

1. Motivación y justificación del trabajo

Tanto en Enfermería de Salud Mental como en Danza Movimiento Terapia (DMT) el otro está siempre presente, encontrándonos con cuerpos sufrientes y sufridos, movimientos que están y que faltan, alejamientos y aproximaciones.

Y es en este encuentro sutil o forzado con el otro en el que la formación como Danza Movimiento Terapeuta me ha permitido gracias a un nuevo conocimiento ya intuitivo, la Observación y el Análisis del Movimiento, ir más allá de lo verbalmente expresado o corporalmente vislumbrado, facilitándome el cuidado a través del autoconocimiento y favoreciendo una mejor atención al paciente, sujeto primero y último de nuestro arte.

Desde el convencimiento de la utilidad para mis compañeros enfermeros de Salud Mental de este nuevo-ya-intuitivo conocimiento, siento la ilusión y motivación para afrontar esta tesina.

Los apartados iniciales permiten presentar conceptos y perspectivas claves de la Enfermería y su especialidad en Salud Mental y de la DMT y su propia especialización, la Observación y el Análisis del Movimiento (O y A del movimiento), transitando por un paisaje común: persona,

cuerpo, corporeidad, subjetividad y relación, exponiendo vínculos entre ambas disciplinas y posibles proyecciones de futuro.

Posteriormente, a través del diseño y la aplicación de una sesión teórico-práctica para Enfermeros de Salud Mental, se pretende ofrecer a los asistentes un nuevo recurso asistencial y de autocuidado, analizando grados de motivación, satisfacción y adquisición de conocimientos y habilidades de los participantes.

Se enfatiza la relevancia de la proyección de este trabajo hacia la tesis, ya que en ese caso los resultados derivados de ésta podrían llegar a influenciar y enriquecer el cuerpo de conocimientos enfermeros, fomentando a través del estudio aplicado de la O y A del movimiento la ampliación del arte del cuidado.

2. Objetivos

El objetivo principal de esta tesina es explorar las aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental.

Como objetivos específicos de la revisión bibliográfica se destacan:

- Investigar los vínculos entre las disciplinas Enfermería de Salud Mental y Observación y Análisis del Movimiento.
- Indagar si aspectos relacionados con la Observación y el Análisis del Movimiento pueden contribuir a la mejor comprensión de la clínica del paciente de Salud Mental y su cuidado enfermero.

- Indagar si aspectos de la O y A del movimiento pueden incrementar el autoconocimiento y ser una herramienta para la autogestión y el autocuidado del profesional enfermero de Salud Mental.

Como objetivos específicos de la experiencia formativa:

- Analizar el interés de los enfermeros participantes en aumentar sus conocimientos y habilidades sobre Observación y Análisis del Movimiento, en relación al cuidado del paciente y el autocuidado-autogestión del profesional.
- Valorar el aumento de conocimientos y habilidades sobre O y A del movimiento después de la intervención, en el cuidado del paciente y el autocuidado-autogestión profesional.
- Valorar el grado de satisfacción de los enfermeros participantes en la experiencia.

3. Resultados esperados

Se hipotetizaron como resultados de la revisión bibliográfica:

- La existencia de vínculos entre las disciplinas Enfermería de Salud Mental y Observación y Análisis del Movimiento.
- La confirmación de que aspectos relacionados con la Observación y Análisis del Movimiento pueden contribuir a la mejor comprensión de la clínica del paciente de Salud Mental y su cuidado enfermero.
- La confirmación de que aspectos de la O y A del movimiento pueden incrementar el autoconocimiento y ser una herramienta para la autogestión y el autocuidado del profesional enfermero de Salud Mental.

Y fueron esperados los siguientes resultados de la experiencia formativa:

- Un considerable interés por parte de los participantes en aumentar conocimientos y habilidades sobre Observación y Análisis del Movimiento, en relación al cuidado del paciente y autocuidado-autogestión del profesional.
- El aumento de conocimientos y habilidades sobre O y A del movimiento después de la intervención, en relación al cuidado del paciente y autocuidado-autogestión del profesional.
- La valoración satisfactoria de los enfermeros participantes en la experiencia.

4. Metodología

El carácter de la presente tesina está compuesto por el equilibrio entre un recorrido bibliográfico y una experiencia transversal descriptiva de enfoque cuantitativo.

En los capítulos II *“Enfermería de Salud Mental”* y IV *“Qué se mueve y cómo se mueve: Observación y Análisis del Movimiento”*, se abordan los saberes acumulados de ambas disciplinas, realizando una síntesis y revisión crítica de conocimientos ya existentes, exponiendo nexos de unión y posibles aportaciones de la DMT y la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental, a nivel metodológico-teórico, clínico y como herramienta de autoconocimiento y autocuidado del propio profesional.

El capítulo III, *“Enfermería de Salud Mental y Danza Movimiento Terapia, bailando al mismo compás... que el paciente”*, se inicia con la presentación de aspectos esenciales de la Danza Movimiento Terapia que deberían ser tomados en consideración en el cuidado enfermero de Salud Mental, como la presencia terapéutica o la empatía kinestésica. Se amplía después la mirada, exponiendo conceptos fundamentales en la relación de cuidado: cuerpo, corporeidad,

subjetividad, intersubjetividad, medicalización..., para finalizar el capítulo analizando las propias necesidades del profesional que ejerce el cuidado.

Para la construcción de este marco teórico se realiza una revisión bibliográfica y documental de libros, revistas y artículos, a partir de metabuscadores (Google Académico), bases nacionales e internacionales como Cuiden (Fundación Index), Cuidatge, Dialnet, Elsevier, Cinahl, Medline (Pubmed), Scielo o Teseo (tesis doctorales), los Depósitos Digitales de Documentos (DDD) de la Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat de Barcelona o Universidad Autónoma de Madrid y de bibliotecas universitarias físicas. Los descriptores utilizados fueron diversos debido a la amplitud de la búsqueda en cada apartado y se consideraron trabajos posteriores a 2000, sosteniendo textos clásicos o de referencia.

El capítulo V, *Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental: a propósito de una experiencia*”, muestra la experiencia formativa llevada a cabo con un grupo de enfermeros de Salud Mental del Hospital Sagrat Cor de Martorell, Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús (Barcelona) y los resultados obtenidos gracias al paquete estadístico SPSS (IBM Statistics 22.0) en relación a la hipótesis de la investigación.

Gracias al capítulo VI *“Discusión y conclusiones”*, se concluye la tesina discutiendo resultados, reconociendo debilidades y fortalezas del estudio, dando respuesta a los interrogantes que motivaron el trabajo y elaborando recomendaciones para futuras investigaciones.

Finalmente en el capítulo VII *“Referencias bibliográficas y webgráficas”*, se facilitan las reseñas consultadas y se adjuntan en el capítulo VIII, *“Anexos”*, documentos, material de apoyo e instrumentos utilizados en la experiencia formativa y el análisis de la información.

II

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

La Enfermería en Salud Mental cree en la potencia del cuidado como proceso vivificante, socializante y de promoción y recuperación de la salud mental desde la perspectiva individual colectiva.

(Málvarez, 2011, p.27)

La evolución del cuidado y de la figura del enfermero van a la par de la propia concepción de enfermedad mental y del tejido social e histórico en el que esta definición se contextualiza.

Se inicia este primer capítulo ofreciendo un recorrido por la historia de ambos, cuidado y Enfermería de Salud Mental, para abordar después temas esenciales que permitan contestar qué es Enfermería de Salud Mental.

Posteriormente se enfoca la atención en la metodología enfermera, aspecto imprescindible en la era de la enfermería basada en la evidencia, señalando cómo conocimientos propios de la Danza Movimiento Terapia en general y de la Observación y el Análisis del Movimiento en particular, podrían beneficiar a la Enfermería de Salud Mental.

1. Perspectiva histórica del cuidado a enajenados, dementes y orantes. Nuevos tiempos, nuevos retos

“Enajenados, dementes y orantes reciben asistencia desde épocas muy lejanas” (Nogales, 2004, p.10), asistencia que debe ser analizada desde el prisma del contexto histórico y social en que se produce.

Así, en la época primitiva la explicación del origen de las dolencias era puramente sobrenatural, no habiendo separación entre enfermedad mental y orgánica y siendo tratada de manera preventiva, farmacológica o quirúrgica por personajes terapéuticos poderosos, los chamanes.

En la Grecia y Roma antiguas el concepto y el tratamiento de la locura eran derivadas de tres fuentes distintas: la opinión popular que les atribuía un origen sobrenatural, el concepto moral con el consecuente castigo divino y el concepto médico en el que se ponían ya en juego explicaciones de orden orgánico.

El enfermo mental será considerado poseído durante la Edad Media, confundiendo enfermedad mental con brujería, llevándolo a la expulsión e incluso a la hoguera. Este período se considera en la actualidad “la era de la alienación, caracterizada por la exclusión social ritualizada” (Belmont, 2011, p.54).

A partir del siglo XVII se impuso una visión manicomial del trastorno mental, pseudoproteccionista, que llevó a asilar a los enfermos, protegiendo así a la sociedad. En esta etapa los cuidadores eran una amalgama de personas a las que no se les exigía mayor condición que la obediencia y el mantenimiento de unas normas centradas en las condiciones más básicas de salud (Herrero y Díaz, 2015).

Es a mediados del siglo XIX y comienzos del XX que se inicia la tendencia general de creación de hospitales psiquiátricos, extendiéndose una Enfermería Psiquiátrica que empieza a profesionalizarse, comenzando sus andanzas en las primeras escuelas profesionales. En estos primeros tiempos, tal como declara Málvarez (2011) la “psiquiatría asilar custodial” (p.25) facilitaba una práctica enfermera centrada únicamente en “cuidados de higiene, alimentación, cumplimiento de indicaciones médicas y acompañamiento en tratamientos biológicos” (p.25).

Dentro de esta profesionalización fueron inaugurándose diferentes escuelas e institutos formativos, así en 1836 se inaugura el Instituto Kaiserworth Deaconess, considerada la primera escuela de Enfermería en la civilización occidental y donde se formó la propia F. Nightingale, considerada madre de la Enfermería moderna.

Y es a partir de la década de los 50 del siglo XX cuando los profesionales de Enfermería comienzan a desarrollar verdaderos modelos conceptuales, siendo los Modelos de Interrelación los más relevantes en los cuidados en Salud Mental, describiendo el rol del enfermero como la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación interpersonal (enfermero-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente. Destacan las autoras H. Peplau, M. Gordon, C. Roy y M. Rogers.

Desde un prisma más cercano cabe destacar las tortuosidades en el trayecto hacia la profesionalidad y el reconocimiento del enfermero de Salud Mental en el territorio español.

Aunque a principios de la década de 1930 se inicia una pionera formación para enfermeras de Salud Mental por parte de la Mancomunitat Catalana, el proyecto quedó interrumpido a causa de la Guerra Civil y no pudo reemprenderse posteriormente (Valls, 2007).

Igualmente en 1955 se consiguió la especialización formativa mediante el Título de Especialista Psiquiátrico para Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) que no obtuvo la regulación laboral hasta 1970, 15 años más tarde (Boletín Oficial del Estado, BOE, Decreto 3193/1970, de 22 de octubre).

De la misma manera, aunque en 1977 las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios se integran en la Universidad, transformándose en Escuelas Universitarias de Enfermería y modificando los contenidos formativo hacia una perspectiva plenamente enfermera, no es hasta 1987 que se publica el decreto de las Especialidades de Enfermería por el que se regula

la obtención del título de Enfermero Especialista de Salud Mental (BOE, Real Decreto 992/1987, de 3 de julio).

Y habrá que esperar aún hasta 1999 para iniciar el programa de formación especializada, 12 años después que la regulación del título y 22 después de la transformación universitaria (BOE, Orden de 24 de junio de 1998 por la que se desarrolla el RD 992/1987, de 3 de julio).

Actualmente en España la Enfermería posee la titulación de Grado, credencial que la equipara al resto de titulaciones universitarias y posibilita el acceso al doctorado y la movilización sin trabas legales hacia universidades europeas (Ballester, 2009). Por su parte la especialidad en Salud Mental ofrece una formación integral de dos años, teórica y en práctica clínica gracias a la rotación por unidades docentes interdisciplinares acreditadas a tal efecto, como las del Hospital Sagrat Cor de Martorell, GHSCJ, centro en el que tuvo lugar la experiencia formativa de esta tesina (BOE, Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo).

Pero aún y los retos conseguidos, sigue siendo necesaria la consolidación de la especialidad en Enfermería de Salud Mental por parte de las instituciones. El reciente estudio de Huizing, Molino, López y Pérez (2015) pone a la luz que casi un 25% de los enfermeros que trabajan en Salud Mental en instituciones públicas en España no son especialistas, -no disponiendo además de datos concluyentes en la sanidad privada ni concertada, donde se suponen mucho más elevadas estas cifras-, posibles herencias de las relaciones de género y poder, que menospreciaban el valor de un cuidado ejercido históricamente por la mujer (Celma y Acuña, 2009; Bonill, 2014).

Concluir este recorrido con la certeza que Enfermería de Salud Mental, por su bagaje, sabrá proyectarse al futuro, modelándose ante unas necesidades ya vislumbradas. Así, esta

disciplina nacientemente-antigua deberá incorporar la tecnología a los cuidados para conseguir la optimización de recursos que demuestren su eficiencia (Tejada y Ruiz, 2010) y deberá adaptarse al aumento previsto en prevalencia e incidencia de trastornos mentales, especialmente en grupos vulnerables como familias que viven en la pobreza, personas con problemas de salud crónicos, envejecimiento, niños expuestos al maltrato o abandono, adolescentes y abuso de sustancias, grupos minoritarios, ... (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2013).

2. Notas sobre Enfermería de Salud Mental, qué es y qué no es

Tal como se ha indicado la Enfermería de Salud Mental ha evolucionado de acuerdo a las exigencias conceptuales y sociales, pero no es menos cierto, que los propios enfermeros han tenido un papel relevante en ese proceso, gracias al avance del conocimiento enfermero y a la capacidad de los profesionales para exigir la puesta en práctica de una mejor prestación de cuidados.

Se ha caminado desde una Enfermería anclada en el manicomio, relegada al cuidado básico, la contención, la custodia y el direccionismo con los internos (Herrero y Díaz, 2015; Pacheco y Medina, 2001) a una Enfermería para y en la comunidad; de “la obediencia al curador” (Herrero y Díaz, 2015, p.7) a la autonomía profesional y del privilegio del tratamiento biológico al uso de la relación como herramienta terapéutica.

Así, ya en 1976 se establece una clara definición del papel del profesional de Enfermería en Salud Mental:

La asistencia en Enfermería de salud mental es un proceso interpersonal en el que el profesional presta atención al individuo,

familia y comunidad, para promover la salud mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias de estrés y de enfermedad mental, ayudando a la readaptación y a encontrar significados en estas experiencias (Joyce, 1976, referido en Martín, 2004, p.1).

Pacheco (2000), en su conferencia clarificó y defendió como presidente de la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental (ANESM) qué funciones serían propias del Enfermero de Salud Mental:

- Potenciar la promoción, el mantenimiento y la prevención, así como la asistencia, el tratamiento y la rehabilitación.
- Practicar abordajes individuales, familiares y grupales.
- Diversificar sus actividades y utilizar métodos y técnicas de Enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico.
- Potenciar las capacidades individuales que permiten al sujeto un afrontamiento eficaz de los hechos para mantener la vida, la salud y el bienestar y conseguir así una autonomía que le lleve a la mayor calidad de vida posible.
- Formular diagnósticos enfermeros referidos a los procesos de autocuidados.
- Asumir el incremento de responsabilidades, derivadas del ejercicio autónomo de su profesión.
- Postular la concepción humanística relacional, que es esencial para la prestación del cuidado enfermero.

Estas funciones, se engloban en una atención holística, integral y ética, desde los ámbitos de actuación asistencial, investigación, docencia y gestión, no centrando ya el cuidado enfermero en la patología del paciente, ni únicamente en la persona sufriente, sino que los enfermeros

deben ser “actores sociales capaces de pensamiento y acción, que puedan no solamente protagonizar y acompañar gestiones de cambio, sino impulsarlos” (Málvarez, 2011, p.26).

3. Metodología del cuidado enfermero (de Salud Mental)

Mostrados ya el contexto histórico de la profesión y qué es y qué no es Enfermería de Salud Mental, parafraseado a Nightingale en su clásico *Notes on nursing, what it is and what it is not* (Nightingale, 1859), es preciso indagar ahora sobre la esencia de la profesión, el cuidar.

Collière (1999) en la década de los noventa, proponía una definición esencialmente vigente, veinte años después:

Cuidar es el arte que precede a todos los demás, acompañando las grandes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, permitiendo su continuidad y ayudando a la persona a atravesar las etapas más difíciles de la vida (p. 28).

Pero la complejidad del cuidar-cuidado de Enfermería radica en su naturaleza humana, en la interacción recíproca entre el enfermero y el sujeto de cuidado, interacción en la que la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se convierte en escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, entendiendo que “ninguno es dueño absoluto de la verdad sino que esta se construye desde el conocimiento de ambos” (Galvis, 2015, p. 1112).

Adquiere pues gran importancia el desarrollo de habilidades de comunicación, la escucha activa, el valor del silencio, la resonancia emocional y la presencia auténtica del profesional de Enfermería en el cuidado a la persona. Importancia común en la disciplina DMT, cabe añadir.

Pero además, al ser este cuidar el elemento paradigmático en el que se fundamenta la práctica enfermera y por tanto su objeto de estudio, es necesario poderlo analizar y cuantificar, de manera que se garantice el sentido profesional que este término posee para la disciplina enfermera, siendo este concepto el punto de inicio para el desarrollo del marco teórico disciplinar.

Dentro de este marco teórico se distinguirán los Modelos Conceptuales y las Teorías Enfermeras.

Los Modelos Conceptuales de Enfermería se fundamentan en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores y las creencias de quienes los desarrollan y su contexto. Estos tratan de representar el ideal de lo que la Enfermería debería ser, mediante la definición y la relación particular de los conceptos centrales metaparadigmáticos, vértices de un todo indivisible: Enfermería-cuidado, persona, entorno y salud.

Son por lo tanto al mismo tiempo representación y propuesta para la profesión, “una carta de navegación para la práctica” (Meleis, 1997, referida en Galvis, 2015, p. 1110) que evita que ésta se base en preconcepciones, intuiciones, rutinas y rituales.

Se destacan los Modelos Naturalistas (Nightingale, 1859), de Suplencia o Ayuda (Henderson, 1955; Orem, 1959) y de Interrealación (Peplau, 1952; Rogers, 1970; Roy, 1971); a partir de los que se desarrollan las Teorías de Enfermería, más específicas que los modelos de referencia y que pretenden dar respuesta a preguntas precisas de la práctica enfermera (Fawcett, 1992, citado por Agama, Cruz y Ostiguín, 2011), para “hacer aterrizar los modelos en la realidad y de esta manera facilitar su utilidad” (Benner y Wrubel, 1989 citado en Ariza, 2011, p.20).

De entre las Teorías de Enfermería destacan la Teoría del Entorno (Nightingale, 1859), la Teoría de las Necesidades Humanas (Henderson, 1966), la Teoría del Núcleo, el Cuidado y la Curación (Hall, 1962), la Teoría del Déficit de Autocuidado (Orem, 1959) o la Teoría de los Cuidados Culturales (Leininger, 1978).

Subrayar dos necesidades en relación a este contexto teórico. La primera, la defensa de un cuerpo teórico propio ya que “si los modelos facilitan establecer indicadores de calidad para Enfermería, si se utilizan modelos prestados de otras disciplinas, ¿cómo se puede medir la calidad del cuidado de Enfermería?” (Moreno, 2005, p.45).

La segunda, la importancia de trasladar estos modelos y teorías a la práctica, para fortalecer el conocimiento de la disciplina y asegurar la calidad, autonomía y visibilidad de la profesión, en el área de la asistencia, la investigación, la docencia y la gestión, tanto en la Enfermería de Salud Mental como en el resto de especialidades disciplinares.

Desde esta necesidad se han desarrollado los instrumentos metodológicos enfermeros, Proceso Enfermero y Lenguaje Estandarizado Enfermero, que convierten a la Metodología Enfermera en un método sistemático y organizado de cuidados que otorga autonomía a la profesión, al producir estándares de cuidado en todas las áreas enfermeras, permitiendo predecir y evaluar resultados propios y generar evidencia científica en su ámbito disciplinar.

3.1. Proceso Enfermero

El Proceso Enfermero (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un instrumento metodológico que describe el cuidado profesionalizado, estructurado en etapas ordenadas lógicamente, correlacionadas e interrelacionadas, “una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros” (Alfaro-Lefevre, 2003, p.4).

Aunque su origen se atribuye a Hall (1955) el actual diseño del Proceso de Atención de Enfermería, conformado por cinco fases sucesivas e interrelacionadas (Valoración, Diagnóstico, Planificación del cuidado, Implementación y Evaluación) se les debe a Bloch (1974) y Roy (1975).

Se destaca en este apartado la etapa de la Valoración definida como:

La observación sistemática y el informe de la situación del paciente en las cinco esferas de la experiencia humana: biológica/fisiológica, ambiental/seguridad, sociocultural/interpersonal, psicológica/de autoestima y espiritual/autorrealización (Beare y Myers, 1995, cita en Reyes, Jara y Merino, 2007, p. 46).

Siendo así un proceso amplio, capaz de aportar información sobre la persona en su conjunto, no sólo sobre las necesidades o disfunciones a tratar, sabiendo que “cuanto más completa sea esta valoración más probabilidades tenemos de que sea eficaz el cuidado ofrecido” (Stuart y Sundeen, 1995, p.27).

Los principales métodos de recogida de información en Enfermería son los mismos que se utilizan en ciencia: entrevista, técnicas de observación y escalas o inventarios de calificación.

Debido al enfoque de este trabajo se enfatiza la observación como método de recogida de información. Un mirar para el que el enfermero de Salud Mental se sirve de todos los sentidos, “especialmente de la vista, el oído y el tacto” (Fornés y Carballal, 2001, p. 21), poniéndose en juego las habilidades empáticas y kinestésicas del profesional y generándose elementos transferenciales que deben tomarse en consideración, dada la importancia no solo de incluir datos objetivos sino también datos subjetivos relacionados con las propias percepciones del y con el paciente.

Como marco conceptual y sistema organizado de recogida de datos suelen utilizarse dos sistemas. El sistema de Necesidades Básicas de Henderson (1966), catorce necesidades que deben cubrirse de manera “indispensable para mantener la armonía e integridad de la persona” (Henderson, 1966, citada en Ibáñez, Garrido y Millán, 2010, p.21) y los Patrones Funcionales de Gordon (1982), “configuraciones de comportamientos contruidos desde las descripciones del cliente y las observaciones de la enfermera” (Gordon, 1982, citada en Ibáñez et al., 2010, p.189).

Se hable de Necesidades Básicas o Patrones de Salud, ambas propuestas toman en consideración aspectos relacionados con el cuerpo y el movimiento (e.g. Necesidad Básica: *Moverse y mantener una postura adecuada*; Patrón de Salud: *Actividad-reposo*), entretejiéndose en cada valoración factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales, que hacen imposible la valoración de un aspecto de manera unitaria, siendo estos siempre interactivos e interdependientes.

Aún y el apoyo que suponen estos constructos, llevar a cabo el proceso de Valoración implica la toma individual de decisiones significativas ya que aún no existe consenso sobre qué ítems valorar en cada Necesidad/Patrón. Y aunque la pretensión de este trabajo de fin de Máster no es formular Criterios de Valoración, sí pretende poner énfasis en qué y cómo observar, facilitando la valoración del paciente en el contiguo cuerpo-movimiento, dando por sentado que Enfermería de Salud Mental, por su quehacer diario, ya es poseedora en cierta medida de estos conocimientos de forma tácita e implícita (Reber, 1965, citado en Sun, 1998).

Cabe pensar que de proyectarse el presente trabajo a tesis, podrían desarrollarse Criterios de Valoración derivados de la Observación y el Análisis del Movimiento como: *Forma del cuerpo, Integración del movimiento-splits, Uso del grounding, Tamaño kinesférico, Uso del*

esfuerzo: flujo, Contacto físico: tolerado... y trabajar hacia la inclusión de estos ítems en los proyectos de estandarización de Criterios de Valoración que actualmente se están gestando (Arribas, Aréjula, Borrego, Domingo, Morente, Robledo y Santamaría, 2006), impulsando así la normalización del lenguaje enfermero (en Salud Mental) y fomentando el desarrollo de la disciplina.

3.2. Taxonomía Enfermera

En el punto anterior se ha centrado la atención en la fase de Valoración del Proceso Enfermero, fase crucial para el desarrollo de la atención enfermera y para la que aún no se han consensuado internacionalmente Criterios de Valoración.

El resto de etapas del Proceso Enfermero (PE) han visto consolidado desde hace años “el lenguaje común que permite una seña de identidad y proporciona herramientas de medición, de universalización, de homogeneización en la práctica profesional” (Gómez y Terol, 2003, pp.5-6). Este lenguaje científico recibe el nombre de Lenguaje Estandarizado Enfermero (LEE) y está compuesto por las Taxonomías Enfermeras.

Aunque existen otras clasificaciones como OMAHA System (1975) o CAMPBELL (1987), en la actualidad la triada NNN (NANDA-NOC-NIC) es el constructo taxonómico más utilizado.

Se pasa a describir brevemente esta taxonomía NNN y su relación con las etapas del cuidado enfermero (Diagnóstico, Planificación del cuidado, Implementación y Evaluación) enunciando así mismo aportaciones que la DMT en general y la Observación y el Análisis del movimiento en particular podrían ofrecer a la disciplina de Enfermería de Salud Mental.

Para la etapa Diagnóstica se opta por el uso de la *Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA* (llamada actualmente NANDA-Internacional) que tiene su origen en el trabajo de la

North Nursing Diagnosis Association (NANDA), en 1982, siendo periódicamente revisada, reorganizada y ampliada, constando en su versión actual (10ª edición, 2015-2017) de 235 etiquetas diagnósticas.

El diagnóstico enfermero no describe una enfermedad concreta sino la respuesta individual a un proceso patológico, circunstancia o situación (Guirao-Goris, Camaño y Cuesta, 2001), no centrándose solo en el problema que en el momento posee el paciente sino también en sus potencialidades y en su vulnerabilidad o riesgo.

Pueden enunciarse como Diagnósticos prevalentes en el cuidado de Enfermería de Salud Mental las etiquetas diagnósticas: *Trastorno de los procesos del pensamiento* y *Deterioro de la interacción social* (Escalada, Muñoz y Marro, 2013; Escalada, 2015). Destacándose en la depresión: *Intolerancia a la actividad*, *Trastorno de la comunicación verbal*, *Ansiedad*, *Aislamiento social*, *Déficit de autocuidado: alimentación/baño/higiene/vestido*, y *Desesperanza* (Ugalde y Lluch, 2011) y en la psicosis: *Alteración de los procesos de pensamiento*, *Ansiedad* y *Potencial de violencia* (Ugalde y Lluch, 2011; Escalada 2015).

Para las etapas de Planificación y Evaluación del Proceso Enfermero, Johnson y Maas (1997) desarrollaron la *Clasificación de Resultados de Enfermería*, CRE, (Nursing Outcomes Classification, *NOC*, en inglés), que consta en su edición actual de 490 Resultados (Moorhead, Johnson, Maas y Swatson, 2014).

Esta obra taxonómica presenta “una organización sistemática de Resultados sensibles a la práctica Enfermera” (Moorhead et al., 2014, p.8), evaluando en un continuo las modificaciones de las conductas o percepciones una persona, familia o comunidad en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras.

Aunque debe reconocerse que la mayoría de los Resultados de los pacientes, incluyendo los utilizados tradicionalmente para evaluar la práctica médica, no dependen en exclusiva de una disciplina, cada disciplina, incluida Enfermería, debe identificar y definir qué resultados están influenciados por su práctica, para asegurar que se incluyen en la evaluación de la efectividad de la atención sanitaria ya que sino “el impacto de los cuidados enfermeros continuará sin especificarse y, por tanto, seguirán siendo invisibles” (Gómez y Terol, 2003, p.11), manteniendo a las enfermeras “institucionalmente ocultas, casi desaparecidas” (González, 2006, p.38).

Así, el uso de la taxonomía enfermera a través de NOC permite no solo evaluar los Resultados de la persona cuidada sino también “la efectividad de las intervenciones enfermeras y la calidad de la asistencia a los consumidores, organizaciones sanitarias, financiadores y responsables políticos” (Moorhead, Johnson, Maas y Swatson, 2014, p.8).

En el cuidado al paciente de Salud Mental y dependiendo de la patología concreta, pueden ser priorizados algunos de los siguientes Resultados de Enfermería: *Autocontrol de la ansiedad, Autocontrol de la agresión, Autocontrol del pensamiento distorsionado, Autoestima, Capacidad de comunicación expresiva, Manejo de la depresión, Equilibrio emocional, Habilidades de interacción social, Imagen corporal, Movilidad...* (Moorhead, Johnson, Maas y Swatson, 2014).

De cada uno de estos Resultados se desprenden distintos Indicadores de Resultados, elementos más concretos y medibles (escala tipo Likert de 5 puntos) pudiéndose destacar: *Inquietud, Tensión muscular, Tensión facial, Expresión de sentimientos, Mantenimiento del contacto ocular, Imagen interna de sí mismo...* (Moorhead, Johnson, Maas y Swatson, 2014).

En este compromiso por la mejora continua es fácil intuir las oportunidades que Indicadores fundamentados en la Observación y el Análisis del Movimiento en particular y la DMT en general, podrían aportar a la Enfermería de Salud Mental, tales como: *Uso de flujo libre, Kinesfera personal amplia, Uso del espacio: directo, Uso del tiempo: sostenido, Uso del peso: firme, Amplitud repertorio movimientos, Contacto físico: tolerado...* ofreciendo gran información sobre el estado del paciente y siendo unos ítems fácilmente manejables por Enfermería de Salud Mental.

Por último en la etapa de Implementación toma relevancia el uso de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, CIE, (Nursing Interventions Classification, NIC)*, publicada por primera vez en 1992 por McCloskey y Bulechek y que cuenta en su última edición con 550 etiquetas de Intervenciones y aproximadamente 13.000 actividades desarrolladas.

En estas Intervenciones el centro de interés es la propia acción enfermera, definida como “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente” (McCloskey y Bulechek, 2009, p.23).

En relación al cuidado en Salud Mental se destacan múltiples etiquetas de Intervenciones en las que es fácil observar la relación con la disciplina DMT: *Apoyo emocional, Arteterapia, Aumentar el afrontamiento, Contacto, Disminución de la ansiedad, Establecer límites, Musicoterapia, Presencia, Potenciación de la conciencia de sí mismo, Tacto terapéutico, Terapia de relajación...* (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2013)

Aunque, como se ha hecho mención no es objeto de este trabajo enunciar propuestas clasificatorias, quizá en un trabajo de tesis doctoral se podría investigar y justificar la necesidad de incluir en la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* etiquetas relacionadas con la

Danza Movimiento Terapia para Enfermería como: *Técnicas de observación y análisis del cuerpo y el movimiento*, *Manejo de la terapia de movimiento*, o simplemente *Danza movimiento terapia*; tal como han sido incluidas las Intervenciones *Arteterapia* y *Musicoterapia* o será incluida en la edición de 2018 la propuesta *Manejo de la fitoterapia*, a petición del Grupo de Investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (Céspedes, 2015).

Se cierra este apartado desde la ilusión del devenir, destacando que todo intento de estandarización en Enfermería (de Salud Mental) responde a un proceso dinámico, sustentado en modelos enfermeros asentados pero que acepta nuevas propuestas que permitan dar respuesta a nuevas realidades y formas de cuidado.

III

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL Y DANZA MOVIMIENTO

TERAPIA, BAILANDO AL MISMO COMPÁS...

QUE EL PACIENTE

El propio cuerpo como experiencia vivida, propicia el co-existir de la racionalidad y la sensibilidad en las prácticas del cuidar, porque permite (...) dejar de ser uno “en si” para transformarse en un “nosotros”, estableciendo una relación de intercorporeidad.

(de Santana y Jorge, 2007, p.467)

Se inicia este capítulo abordando aspectos esenciales de la DMT, no pertenecientes a la Observación y el Análisis del Movimiento, que pueden (y deberían) ser tomados en consideración para favorecer la relación terapéutica, marco fundamental de los cuidados enfermeros en Salud Mental.

Se continua defendiendo la necesidad de establecer a través del cuerpo una relación de intercorporeidad, en la que el propio cuerpo se convierta en sujeto del proceso de cuidar (Vinalay, Torres y Vega, 2016).

Clarificándose aspectos claves en este cuidado al cuerpo y a la intercorporalidad y mostrando como estos aspectos pueden verse afectados por patologías de salud mental pero también por los efectos del trato y el tratamiento. Una afectación y unos efectos que no se quedan solo “en” y “con” el cuerpo ya “el ser humano no sólo vive su existencia “en” y “con” el cuerpo,

sino también “desde” y “a través” del cuerpo” (Castro, 1994, citada en Castañeda y Chalarca, 2004, p. 57).

Finaliza el capítulo explorando el cuidado del propio enfermero, mostrando como la DMT y en concreto la Observación y el Análisis del Movimiento, pueden convertirse en una herramienta para el autoconocimiento, el autocuidado y la autogestión del profesional.

1. Aspectos esenciales de la Danza Movimiento Terapia a considerar por la Enfermería de Salud Mental

Aunque el valor terapéutico de la danza es tan antiguo como la propia humanidad, es el trabajo intuitivo pero riguroso de las pioneras danzaterapeutas de primera mitad del siglo XX (Chace, Whitehouse, Schoop, Espenak...) el que dio inicio al camino profesional que hoy transitamos, y para el que no solo portamos conocimientos sobre técnicas de danza u Observación y Análisis del Movimiento sino que somos poseedoras de un sólido cuerpo de saberes que incluyen teorías psicodinámicas, de desarrollo humano y psicoterapéuticas, conocimientos de neurociencia, comunicación no verbal...

La DMT es una disciplina perteneciente a las Terapias Artístico-Creativas (TAC), que se caracterizan por:

El uso del medio artístico como vehículo para la comunicación no-verbal y/o simbólica, en un entorno de sostén, facilitado por una relación cliente-terapeuta bien definida, para alcanzar objetivos terapéuticos (Karkou y Sanderson, 2006, p.46).

Disciplina, la DMT, que puede definirse como:

La utilización de la danza y el movimiento creativo en un contexto terapéutico, con el objetivo de ayudar a la integración psíquica, física, emocional y social del individuo (Rodríguez, 2011, p.4).

Enfermería de Salud Mental por su parte, debido a su orientación y ocupación diaria debe preservar e impulsar de igual modo el contexto terapéutico, marco de los cuidados enfermeros, fomentando para ello los aspectos de “apoyo emocional, presencia terapéutica, autenticidad, escucha activa o sensibilidad” (Lluch, 2004, p.66).

Aspectos que pueden verse beneficiados por aportaciones desde la Danza Movimiento Terapia, por lo que pasan a describirse conceptos esenciales de la DMT, no pertenecientes al área de la Observación y el Análisis del Movimiento, a considerar por Enfermería en Salud Mental para el cuidado hacia-con el paciente.

1.1. Presencia terapéutica

En Enfermería de Salud Mental adquiere especial importancia el desarrollo de habilidades de comunicación que fomenten la relación terapéutica, destacándose la presencia auténtica del profesional de Enfermería en el cuidado a la persona.

Paterson y Zderad, pertenecientes como Peplau u Orlando a la Escuela de Integración, definen la presencia como:

El proceso de estar disponible de manera total y tener apertura a la experiencia de otra persona a través de un encuentro interpersonal recíproco (Paterson y Zderad, 1976, citados en Snyder y Lindquist, 2010, p. 36).

Brenner (1984) acuña el término “tener presencia” (cita en Snyder y Lindquist, 2010, p.36), para denotar la práctica asistencial de estar con el paciente y la identifica como una de las ocho competencias constituyentes del rol de ayuda enfermero.

Parse (1998) por su parte define presencia como:

Una modalidad principal de la práctica de la Enfermería (...) Significado iluminador que consiste en aclarar lo que está ocurriendo a través del lenguaje; sincronización de ritmos mediante la conexión y la separación; y trascendencia movilizadora (Parse, 1998, referido en Snyder y Lindquist, 2010, p.36).

Y McKivergin (1997) diferencia tres niveles en la presencia enfermera: física, psicológica y terapéutica. Considera presencia física a la acción física que implica la rutina de la Enfermería, como las intervenciones complejas, requiriendo de conocimiento de fundamentos enfermeros y pericia clínica técnica; considera presencia psicológica al uso terapéutico de uno mismo para ofrecer confort y apoyo al mismo tiempo que el uso psicosocial y de autoconocimiento experto, precisando de pericia profesional para poder proveer una oportunidad al paciente para interpretar y encontrar un significado al evento vital; y considera por último que existe presencia terapéutica únicamente si la relación enfermero-paciente es una relación de persona completa a persona completa, “estando disponible con la totalidad del ser individual” (McKivergin, 1997, p.17), usando todos los recursos disponibles: cuerpo, mente, emociones y espíritu, incluyendo elementos afectivos, de intuición y creatividad (McKivergin, 1997).

Es fácil darse cuenta pues de la importancia que la presencia enfermera tiene para la profesión, siendo recogida como Intervención desde la primera edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (1992) y manteniéndose en la edición actual de NIC (Bulechek et al., 2013), quedando definida como “permanecer con una persona en los momentos de necesidad, tanto física como psicológica” (Bulechek et al., 2013, p. 376).

Es sencillo hermanar esta presencia-disponibilidad enfermera, holística (McKivergin, 1997), con la definición que ofrece la DMT:

Actitud mental que combina dos tipos de disposición: la disponibilidad a ser modificados en el encuentro con el paciente, evitando al mismo tiempo, el riesgo de fusión o de simbiosis con él, gracias al mantenimiento de una constante relación con la capacidad de pensar (García, 2006, p.6).

Debiendo defender así ambas disciplinas un compromiso total pero estructurado, holístico pero intencionado, resituando y revisando los propios límites, evitando “perder el equilibrio (...) con el riesgo del *acting out* por un lado, o la acción poco resonante, poco empática por otro” (García, 2006, p.16).

1.2. Empatía kinestésica y entonamiento afectivo

La empatía, según Fischman es el eje central del proceso terapéutico:

Es la capacidad de una persona de comprender a otra, el intento de vivenciar la experiencia ajena. Implica reconocer en la experiencia propia qué siente el otro (...). Surge del apareamiento de elementos comunes a la experiencia de empatizador y empatizante para luego reconocer y tolerar las diferencias (Fischman, 2008, pp.89-90).

La empatía kinestética o reflejo empático, es una de las mayores contribuciones de la DMT al campo de la psicoterapia (Fischman, 2008). Aportación de la pionera Chace, quien buscaba encontrarse con sus pacientes desde donde ellos se hallaban cognitiva y emocionalmente, tomando sus propias experiencias y ampliándolas o clarificándolas desde su propia capacidad kinestésica.

La empatía kinestésica es pues la capacidad de entrar en el mundo de otra persona, de “comprometerse empáticamente con la experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo” (Fischman, 2008, p.81), de sentir en el cuerpo desde la emoción, algo parecido a lo que la persona está sintiendo.

El reflejo empático, concretamente, se define como la capacidad de devolver el movimiento del otro, a través de un espejamiento *–mirroring–*, en el que se han modificado ciertos aspectos de la conducta original para profundizar en el proceso comunicativo-expresivo-emocional.

Es por tanto un encuentro intersubjetivo que pone en resonancia las modulaciones cualitativas de ambos protagonistas y que tiene su origen en el diálogo primogénito de las interacciones y sincronías entre la madre y el bebé, confirmándose que "en el desarrollo emocional individual el precursor del espejo es el rostro de la madre" (Winnicott, 1971, p.147). Experiencia que continua (re)elaborándose a lo largo de la vida del individuo gracias a sus interacciones sociales, “a través del espejar, resonar, modular, imitar, etc. Como lo haría una madre con su bebé, un entonamiento afectivo” (Stern, 1996, referencia en Martínez, 2012, p. 67).

El entonamiento afectivo *-emotional attunement-* (Stern, 1985, referido en Panhofer y Rodríguez, 2008), consiste entonces, en la respuesta sensomotriz a un estado afectivo compartido, de forma transmodal, ya que no se aparean por igualdad de canal (visual-visual, auditivo-auditivo, motor-motor) sino por la correspondencia de tres rasgos generales: “la intensidad, la modalidad temporal o la pauta espacial presentes en las conductas de ambos participantes” (Fischman, 2008, p.92).

Se debe enunciar la importancia que en los últimos años ha adquirido la investigación de las bases neurocientíficas en los procesos intersubjetivos, con múltiples estudios sobre las neuronas espejo y las bases neuronales en las relaciones interpersonales que aportan justificación científica a este saber intuitivo ya mostrado por la pionera Chace (e.g. Gallese, Eagle y Migone, 2007).

Intuiciones, conocimientos e investigaciones que confirman que empatía (kinestésica) y entonamiento son imprescindibles en el encuentro comprometido con nuestros pacientes y nosotros mismos.

1.3. Contratransferencia somática

Se puede definir transferencia como:

El proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos, y de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad (Laplanche y Pontalis, 1996, p.439).

Definiendo contratransferencia como el “conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste” (Laplanche y Pontalis, 1996, p.84).

Es a partir de la observación consciente y de la comprensión de estas reacciones contratransferenciales que el terapeuta alcanza cierta objetividad hacia el paciente, descubriéndose a él mismo en este encuentro, ya que tal como indica Bassols “acompañar es también un trabajo sobre sí mismo, que conlleva una escucha hacia el otro y también hacia uno mismo” (Bassols, 2006, p.24).

Jimenes (2011) sin ánimo de fomentar la visión dualista cuerpo-mente, pero siendo consciente de esta cuasi imposición externa, define la contratransferencia somática (CTS) como:

Una parte de la experiencia contratransferencial que es inaccesible desde la reflexión, desde el puro razonamiento y de la estructura verbal/lineal, que hace referencia a los aspectos del paciente desconectados/escindidos de su experiencia verbal (Jimenes, 2011a, p.46).

Pudiéndose acceder a través de:

La memoria corporal y los sistemas de conocimiento implícito, un estado pre-consciente del terapeuta (...), desde la intuición, en forma de imágenes kinestésicas o con insights dentro del proceso creativo (García, 2001, referida en Jimenes, 2011a, p.46).

Por tanto en Enfermería de Salud Mental, donde tanto el paciente como el profesional son convocados a un encuentro integral, la contratransferencia, incluida la CTS, debería ser tomada como aspecto fundamental de la relación de cuidado, permitiendo al profesional sentirse y descubrirse en-con el paciente.

2. Cuerpo, corporeidad y subjetividad en el cuidado enfermero de Salud Mental

Duch y Mèlich (2005) señalan que el cuerpo debe ser considerado no solo como una porción de espacio, como una realidad objetivable y manipulable, sino que el cuerpo es por él mismo corporeidad, un cuerpo que comunica, un cuerpo simbólico en el cual se desarrolla la vida y se construye la racionalidad y relacionalidad (Duch y Mèlich, 2005).

Bloch en relación al movimiento y al cuerpo afirma que:

La corporeidad es, fundamentalmente cinética y por eso mismo, se significa por el hecho de que no se reduce a ser un espacio

geométricamente definido, sino que se trata de un espacio atravesado por el dinamismo vital, por el deseo que permanece siempre deseo (Bloch, 1949, referido en Duch y Mèlich, 2005, p.23).

Y gracias a esa energía incesante, a ese deseo, nos anclamos en el espacio y en el tiempo pero también en la relación, máxima del modelo enfermero peplauiano (Peplau, 1952).

De la misma manera que se entretajan las nociones de cuerpo y corporeidad parecen imbricarse los conceptos de esquema e imagen corporal, que deben ser diferenciados con el fin de orientar aspectos diagnósticos, objetivos e intervenciones del cuidado enfermero.

El esquema corporal declara a la persona como representante de la especie humana sin diferenciación ni duda, siendo una concepción general, no subjetivada.

La imagen del cuerpo en cambio, debe elaborarse subjetivamente, estando “ligada al sujeto y a su historia” (Dolto, 1994, p.21). Una historia siempre compartida en la que crear una imagen corporal desde el reflejo de la mirada del otro, desde los procesos vinculares, los encuentros y los desencuentros.

Una vez abordados, de manera sintetizada estos conceptos, que deberían ser pilares en el cuidado en Salud Mental, se pretende mostrar el inicio de un cambio de paradigma en el cuidado enfermero a partir de varios ejemplos.

Así, en los últimos años han proliferado en Enfermería los trabajos que otorgan el máximo valor a la subjetividad de la experiencia vivida, a través de la corporalidad, las percepciones, los aspectos emocionales, identitarios y relacionales. Trabajos que aún y poder pertenecer originariamente a distintas áreas de la Enfermería quedan vinculados a Enfermería de Salud Mental debido al enfoque subjetivo y relacional.

La enfermera Solano (2006), por ejemplo, muestra a través de un artículo teórico las aportaciones que el paradigma fenomenológico puede ofrecer a Enfermería, “favoreciendo la comprensión de las estructuras del significado de las experiencias vividas como núcleo para generar acciones de cuidado” (p.6).

Debe recordarse que la palabra Fenomenología procede del griego y está compuesta por *fenomenon* que significa mostrarse, sacar a la luz del día, hacerse patente y visible en sí mismo, y *logos* que significa discurso, ciencia (Solano, 2006).

El compañero Trejo (2012) por su parte aboga por este enfoque fenomenológico como método de investigación enfermera ya que:

El profesional de enfermería necesita métodos de estudio que le permitan observar al ser humano como un ente indivisible, singular y único en el mundo, que vive, siente y percibe de manera individual y propia (p.98).

E incluso otros enfermeros como Palacios-Ceña y Corral (2010) se embarcan en el proyecto de fundamentar y desarrollar un protocolo de investigación fenomenológica en Enfermería.

Desde este mismo prisma Lopes, Merighi, Jesus, Garanhani, Cardeli y Cestari (2012) estudian las percepciones acerca de la corporalidad de los propios docentes en relación a la enseñanza de Enfermería. Las autoras destacan que aunque en el docente “el desarrollo de las habilidades cognitivas se sobrepone a la percepción de su corporalidad” (p.641) debe fomentarse el trabajo desde el cuerpo vivido, ya que:

El docente demuestra consciencia del cuerpo en la práctica pedagógica, además de los aspectos biológicos. Atribuye al cuerpo significados como facilitador de relaciones interpersonales e instrumento de enseñanza, que repercuten en el aprendizaje teórico y

práctico, al mismo tiempo que percibe la repercusión del proceso de su trabajo sobre su vida y su cuerpo (Lopes et al., 2012, p.650).

Abandonadas las áreas de investigación y docencia encontramos también muestras de este cambio de paradigma en el área asistencial, con múltiples trabajos y distintas temáticas.

Por ejemplo las enfermeras Palmar, Pedraz, Rubiales, Solís, Hernández y Rodríguez (2007) exploraron desde el mismo paradigma fenomenológico la percepción de la propia corporeidad en los pacientes trasplantados de corazón, “suponiendo que las verdades esenciales acerca de la realidad están arraigadas en las experiencias vividas” (Palmar et al., p.4) y defendiendo el cuerpo y la persona desde “lo implicativo” y “la unidad indiscernible” (Merleau-Ponty, 2000, referido en Palmar et al., 2007, p.4).

También desde esta metodología merleau-pontyana las enfermeras de Santana y Jorge (2007) se interesaron por el propio cuerpo como experiencia vivida por el enfermero al cuidar a otra persona en proceso de muerte, concluyendo que:

Todo entra en acción en el cuerpo, cuando una enfermera está cuidando -movimientos corporales y psico-dinámicos. (...) El cuerpo se torna verdaderamente humano y mediador de relaciones hombre/mundo. El cliente y la enfermera, en la corporeidad, son percibidos en la unión del ser y en la acción, en el compartir el saber y en el expresar los valores y afectividades (p.467).

Martorell (2008) centró la atención en el paciente con Alzheimer, en sus familiares y en el cuidado que Enfermería podía ofrecer en pro de favorecer la “emergencia de la identidad de la persona y el reconocimiento de la misma a través de la corporeidad” (Martorell, 2008, p.17).

Y Gallegos y Pérez (2013), enfermeras también, se ocuparon de analizar el significado que la mujer mastectomizada construye de su corporeidad a través de su experiencia de vida, desde su identidad femenina e imaginarios del cuerpo, “destacando la importancia del cuidado y mantenimiento de lo biológico, material, creativo y social como pilares para conformar los imaginarios y representaciones del cuerpo, y así su corporeidad” (Gallegos y Pérez, 2013, p.8).

Ejemplos todos ellos que demuestran que aún y la dificultad para declinar el actual modelo biomédico, defensor de una representación del cuerpo lejos de toda subjetividad, el cambio de paradigma puede ser ya una realidad.

3. Sobre cuerpos afectados y efectos en el cuerpo

Los trastornos mentales se caracterizan “por una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales alterados” (OMS, 2013, p.42).

Una definición universal para una realidad que debe ser individualizada, en la que las clasificaciones diagnósticas deben ofrecernos orientación para el tratamiento y el cuidado, sin riesgo de excluir u objetualizar a la persona, protagonista del proceso.

Se puede afirmar que las personas afectas de enfermedad mental padecen alteraciones en relación a la vivencia de la propia corporalidad (Fuchs, 2005; Martínez, 2013), hecho que debe ser conocido por Enfermería de Salud Mental para poder ofrecer cuidados adecuados a necesidades y potencialidades

Una relación afectada y en ocasiones des-afectada que pretende ser solo enunciada en las próximas líneas, exponiendo generalidades en relación a la corporalidad en distintas patologías psíquicas (psicosis, depresión, síndromes de sensibilidad central...), sin ánimo de

ofrecer detalles clasificatorios ni diagnósticos, recordando además, que los aspectos relativos al movimiento en el paciente de salud mental serán expuestos con mayor detalle en los próximos capítulos.

En la psicosis la problemática intrapsíquica causa pérdida de contacto con la realidad, alteraciones de la percepción (alucinaciones auditivas, visuales...) y del pensamiento (delirios), generándose además en la esquizofrenia, trastorno psicótico por excelencia, “el conflicto esquizofrénico, que implica una regresión a etapas preverbales del desarrollo en las que los límites entre el yo y los otros no se encuentran definidos claramente” (Salas-Calderón, 2007, p.107).

Esta pérdida de contacto con la realidad y la falta de límites entre el yo y el no-yo produce el temor esquizofrénico de fusionarse en la relación, pudiendo conducir al aislamiento físico y emocional como medida defensiva (Salas-Calderón, 2007).

La esquizofrenia además “ha sido conceptualizada fenomenológicamente como una descorporalización del *self*” (Sass, 1992; Fuchs y Schlimne, 2009, referidos en Martínez, 2013, p.4), vivenciando las personas afectas, las emociones y sensaciones corporales como ajenas, no pudiendo extraer significación de ellas o poner en palabras sus “sensaciones-sentidas” (Gendlin, 1982, cita en Salas-Calderón, 2007, p.109) y sintiéndose frecuentemente atacadas desde el exterior por algo gestado desde ellas mismas (Fuchs, 2005).

Los pacientes parecen no habitar el propio cuerpo, no siendo ya capaces de utilizar el conocimiento implícito que éste posee, desorganizándose hábitos, rutinas y acciones automáticas (Fuchs, 2005). El cuerpo entonces se observa fragmentado, segmentado, utilizando secuencias de movimiento incoherentes (North, 1990).

En la depresión sucede la experiencia contraria. De manera habitual nuestro cuerpo vivido subjetivamente maniobra en cada una de nuestras acciones y relaciones aunque lo haga de manera imperceptible, sin requerir una atención explícita. Este cuerpo inadvertido nos permite la relación con el entorno y nuestra realidad, dicho de otro modo nos la transparenta (Fuchs, 2005; Martínez, 2013).

Pero en la depresión esta capacidad implícita del cuerpo se ve afectada y “el cuerpo pierde su fluidez y transparencia y se hace manifiesto” (Fuchs y Schlimme, 2009, referido en Martínez, 2013, p.5), sin posibilidad de desvanecerse en la relación.

El cuerpo no puede actuar entonces como *medium* para el entendimiento, como ese “cuerpo que trabaja como un tácito espejo sentido del otro” (Fuchs, 2005, p.98), por lo que el sujeto ya no es capaz de resonar corporalmente, de verse conmovido ni afectado empáticamente, oponiéndose el propio cuerpo a las intenciones e impulsos del sujeto y del otro.

Un cuerpo en el que observaremos la baja vitalidad, en el que será difícil distinguir cambios y cualidades de esfuerzo (North, 1990), en el que la inhibición física crece, el espacio de actuación se reduce estrictamente al más cercano y el tiempo se hace mucho más lento (Fuchs, 2005).

En las últimas décadas además de estas patologías parecen tomar mayor relevancia los síndromes de sensibilización central, destacando entre ellos la fibromialgia, considerada ya, según Barcellos (2013) la “enfermedad invisible o epidemia silenciosa del siglo XXI” (p.11).

En su desencadenamiento y evolución intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales y destaca como fenómeno central una alteración en la modulación del dolor (Moioli y Merayo, 2005, citado en Barcellos, 2013).

El afectado de fibromialgia tiene su cuerpo como referencia de dolor y no como fuente de placer, sienten su cuerpo muchas veces fragmentado y bloqueada su capacidad de sentir y percibir, un cuerpo limitado por el dolor, al que le falta conexión para volver a la unicidad y conectarse con el placer (Barcellos, 2013, p. 26).

Pero “el dolor nunca es mera creación de nuestra anatomía y fisiología. Solo emerge en la intersección de cuerpos, mentes y culturas” (Morris, 1996, p.3), debiendo Danza Movimiento Terapeutas y Enfermeros (de Salud Mental) brindar la oportunidad al paciente de subjetivar la corporalidad de este dolor, defendiendo su sentido y acompañando en la búsqueda de significación.

Dolor que en los pacientes sufrientes de trastorno límite de la personalidad puede ser autoinfligido produciéndose lesiones físicas explícitas, en el intento de paliar el malestar emocional y corporal producido por situaciones de gran contenido emocional o en contraposición, para aliviar la ausencia de toda emoción, el vacío, teniendo en cuenta que siempre, “de manera implícita, en la palabra sufriente se expresa una demanda de amor” (Le Breton, 1999, referencia en Barcellos, 2013, p.17).

Una patología en la que existe “difusión de la identidad” (Erikson, 1956, citado en Kernberg, 2007, p.969), falta crónica de la integración del concepto del *self* y de otros significativos, con polaridades y escisiones continuas en afectos y relaciones (odio-amor/aislamiento-fusión).

Además tanto el trastorno límite de la personalidad como los trastornos de la conducta alimentaria suelen compartir la afectación de la autoimagen, construcción fruto de “la comunicación entre sujetos y la huella, día tras día memorizada, del gozar frustrado, coartado o prohibido” (Dolto, 1994, p.22). Una construcción para la que será necesario devolver nuevos reflejos y asentar nuevas huellas.

Cuerpos y corporeidades afectados por la propia patología mental pero también, tal como se ha enunciado, por los efectos de tratos y tratamientos, especialmente farmacológicos.

La historia de los tratamientos biológicos parte de la idea que se tenía frente a la enfermedad mental: una sustancia que calme la angustia, la depresión, la culpa, el insomnio, la locura, el delirio o la alucinación (Pinilla, 2007, p.38).

Esta sustancia que es a menudo imprescindible para la estabilización y el mantenimiento de la salud puede tomar forma de innumerables psicofármacos, como ansiolíticos, antidepresivos, eutimizantes (estabilizadores del ánimo), antipsicóticos o hipnóticos, lo que posibilita incontables posibilidades de individualización del tratamiento.

Con todo, se estima que entre el 43-78% de los pacientes tratados por enfermedades crónicas, no toman adecuadamente la mediación prescrita, debido a la falta de conciencia de necesidad de tratamiento y a los efectos secundarios de la misma (García, Granada, Leal, Sales, Lluch, Fornés, Rodríguez y Giner, 2010).

Estos efectos secundarios son variados siendo frecuentes en el tratamiento con psicofármacos la somnolencia excesiva, la sequedad de boca, el estreñimiento, los mareos, el aumento de peso, el incremento de lípidos y azúcar en sangre, la disfunción sexual... (Santos y Bellver, 2009).

Dada la orientación de la presente tesina, sin intención de menospreciar otros efectos colaterales que atacan, atraviesan o bloquean el cuerpo del paciente, se enfoca la atención en los trastornos del movimiento producidos por la medicación psiquiátrica.

Estos efectos secundarios motores, agudos o tardíos, llamados reacciones extrapiramidales, son producidos casi exclusivamente por un grupo de psicofármacos, los antipsicóticos o neurolepticos -usados comúnmente para el tratamiento de la psicosis- y se deben a la acción bloqueante de los receptores dopaminérgicos (Pérez, 2006).

De entre ellos se destacan los secundarismos de tipo parkinsoniano que cursan con temblor en reposo, disminución de la expresión facial, acinesia (incapacidad de iniciar un movimiento) y rigidez (OMS, 2010).

Son frecuentes asimismo cuadros urgentes de distonía aguda, con presencia de contracciones incontrolables y torsiones de los músculos de la cara (incluidos músculos extraoculares), el cuello y el torso (OMS, 2010).

Se debe recalcar igualmente la importancia de diferenciar la acatisia del empeoramiento de la clínica psicótica. La acatisia es un secundarismo en el que el paciente presenta sensación subjetiva de inquietud e incapacidad para permanecer quieto, manifestándose un movimiento continuo de alguna parte del cuerpo (OMS, 2010). Debido a su presentación puede confundirse con la inquietud propia del empeoramiento psicótico, propiciando el aumento de la medicación antipsicótica, hecho que lejos de mejorar la sintomatología, la empeoraría, ya que no es la cura, sino la propia causa.

Por último comentar la presencia de efectos secundarios tardíos debidos al tratamiento prolongado con antipsicóticos. Así, en los pacientes afectados de discinesia tardía se pueden observar movimientos anormales e involuntarios de la cara (guiño de ojos, masticación, protrusión de la lengua...), del tronco o bien de las extremidades (balanceo, torsión, contorsión...) (OMS, 2010).

Secundarismos todos ellos que los enfermeros de Salud Mental deben conocer y reconocer, convirtiéndose la Observación y el Análisis del Movimiento, nuevamente, en una herramienta privilegiada, que permite la valoración de estos efectos adversos, garantizando la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

4. Efectos del cuidar

En las últimas décadas se han multiplicado las investigaciones dirigidas a evaluar las alteraciones psicosociales en el ámbito laboral, investigar sobre los riesgos de los diversos ambientes y profesiones laborales y crear estrategias de prevención del *burnout* o Síndrome de Desgaste Profesional (SDP).

Aunque este síndrome no se ha visto reconocido en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), sí es brevemente mencionado en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE), bajo en nombre de *Problemas relacionados con el desgaste profesional* (sensación de agotamiento vital) (Z73.0), dentro del apartado *Problemas relacionados con dificultad en el control de la vida* (CIE-10-ES, 2016).

Y de la misma manera en el estado español se ha reconocido el *burnout* como accidente laboral, gracias a la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en el contexto de la Directiva Marco de la Unión Europea en materia de Salud y Seguridad (BOE, Ley 31/1995, de 8 de noviembre).

El *burnout* fue descrito por primera vez por Freudenberger (1974), psiquiatra psicoanalista, quién trabajando en una clínica de desintoxicación observó como gran parte del personal sufría, hacia los tres años de trabajo, una progresiva pérdida de energía, desmotivación por la tarea, síntomas de ansiedad e incluso depresión. Bautizado como *burnout*, haciendo uso de la

misma expresión utilizada para los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso, fue definido por el mismo autor como “un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas” (Freudenberg, 1974, referido en Arón y Llanos, 2004, p.6).

Freudenberg enfatizó en el hecho de no tratarse de un mero agotamiento por exceso de trabajo, sino una especie de “erosión del espíritu” (Aron y Llanos, 2004, p.6), que implica una pérdida de fe en la empresa de ayudar a otros.

Más tarde Maslach (1977) en su presentación a la Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association, APA*), contextualizó el término *burnout* como “desgaste profesional de los trabajadores cuyo objetivo profesional es cuidar de los intereses o satisfacer las necesidades de otro” (Maslach, 1977, citado en Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996, p.47) y Freudenberg publicó el texto *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it* (1980), transformado en un referente, aún y el tiempo transcurrido, en el abordaje de este síndrome.

En 1981 Maslach y Jackson destacaron la tridimensionalidad de este síndrome, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización en el trato con clientes y usuarios y dificultad para la realización personal (Maslach y Jackson, 1981, citado en Martínez, 2010).

Existen múltiples modelos explicativos para el desarrollo del *burnout*, entre ellos el Modelo Procesual de Leiter (1988), surgido a partir de los estudios de Leiter y Maslach. En él se pone especial énfasis al inicio del proceso y al desequilibrio entre demandas organizativas y recursos personales que provocan el cansancio emocional que conducirá a la despersonalización como estrategia de afrontamiento y a una baja realización personal como resultado de “la ineficacia

al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial” (Martínez, 2010, p.9), existiendo “repercusiones de índole individual, pero también afectando a aspectos organizacionales y sociales” (Martínez, 2010, p.2).

Una vez desarrollado el síndrome de *burnout* son descriptivos los siguientes síntomas a modo de repercusiones (Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001):

EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
§ Depresión	§ Pérdida de significado	§ Evitación de responsabilidad	§ Evitación de contactos
§ Indefensión	§ Pérdida de valores	§ Absentismo	§ Conflictos interpersonales
§ Desesperanza	§ Desaparición de expectativas	§ Conductas inadaptativas	§ Malhumor familiar
§ Irritabilidad	§ Modificación autoconcepto	§ Desorganización	§ Aislamiento
§ Apatía	§ Desorientación cognitiva	§ Sobreimplicación	§ Formación de grupos críticos
§ Desilusión	§ Pérdida de creatividad	§ Evitación de decisiones	§ Evitación profesional
§ Pesimismo	§ Distracción	§ Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas	
§ Hostilidad	§ Cinismo		
§ Falta de tolerancia	§ Criticismo generalizado		
§ Acusación a clientes			
§ Supresión de sentimientos			

Como factores de riesgo para el desarrollo del *burnout* se pueden diferenciar factores laborales y personales.

Entre los factores laborales resaltan: sobrecarga de trabajo, inadecuadas condiciones laborales, liderazgo-supervisión-apoyo inadecuado, falta de autonomía o capacidad decisión, entrenamiento insuficiente, desconocimiento de la estructura de la institución y turno laboral.

En cuanto a factores personales: edad (mayor vulnerabilidad primeros años laborales), género (mujeres, debido a la carga de las tareas familiares), rasgos de personalidad (perfeccionismo,

no delegación, competitividad, alto compromiso...) o hábitos de salud (alimentación, sueño, actividad física...) (Chacón, 2006; Waceols, 2011, referidos en García, 2014).

En el caso de los profesionales enfermeros el bienestar y la salud laboral se ven afectados por factores específicos, apuntando al enfrentamiento al dolor, al sufrimiento y la muerte, a los riesgos biológicos, al estrés mantenido por situaciones de urgencias y emergencias y la función de roles como causas que aumentan la vulnerabilidad de estos profesionales a padecer afecciones físicas y psíquicas (León, 2007).

Como determinan Olabarría y Mansilla (2007) “quien trabaja en contacto con el daño psíquico y/o físico ayudando a seres humanos requiere una actitud de compromiso e implicación relacional no invasiva y contenedora” (p.7), recibiendo el impacto de revivir o detectar experiencias propias pasadas o presentes, una “modalidad vicaria de incorporación de efectos de daño, de identidad de victimización” (Olabarría y Mansilla, 2007, p.7).

Aunque es difícil la comparación de resultados debido a diferencias en muestra, instrumentos y contexto, las investigaciones en torno a este tema sugieren que “el personal de Enfermería experimenta mayor estrés ocupacional que cualquier otro tipo de trabajadores” (Lu, Shiau y Cooper, 1997, referidos en Adali, Priami, Evagelou, Mougia, Ifanti y Alevizopoulos, 2003, p. 163).

Además:

Las características de los pacientes que padecen enfermedades mentales tales como son la indisciplina, la actitud provocadora y el comportamiento agresivo hacia el personal de Enfermería, juegan un papel muy importante en el desarrollo de este Síndrome del Quemado (Adali et al., 2003, p. 163).

Para la evaluación del síndrome en la población general suele utilizarse el inventario Maslach Burnout Inventory (MBI). Este cuestionario autoadministrado está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre sentimientos y actitudes del profesional hacia su trabajo y los usuarios, con medición de tres subescalas (agotamiento emocional, despersonalización y ausencia de logros personales). En Enfermería además pueden aplicarse otros inventarios específicos como el *Nurse Stress Index (NSI)* (Harris, Hingley y Cooper, 1988, citado en Martínez, 2010) o el *Cuestionario de Desgaste Profesional en Enfermería (CDPE)* (Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000).

A modo de ejemplo y dada la vinculación de la autora con la Institución, se pasan a referir los resultados obtenidos por el Servicio de Prevención-Grupo de Trabajo Psicosocial del Hospital Sagrat Cor de Martorell, GHSCJ, en su última *Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial* (2015), adjuntando el documento en el Capítulo VIII, “Anexos”.

En ella se evaluaron los siguientes ítems: tiempo de trabajo, autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, variedad y contenido del trabajo, participación y supervisión, interés por el trabajo-compensación, desempeño de rol y relaciones y apoyo social.

Con un universo total de 489 trabajadores, categorizados en Enfermería, otros diplomados, técnicos, licenciados médicos y otros licenciados, se obtuvieron un total de 169 encuestas, participando el 46% de la plantilla de Enfermería. Para los resultados se establecieron las categorías: adecuado, mejorable, riesgo elevado y riesgo muy elevado.

En la evaluación general de Enfermería de Salud Mental se destacan como resultados positivos, constituyendo verdaderos puntos fuertes, la autonomía en el trabajo, valorada

como adecuada por un 92% de los encuestados y la variedad y el contenido del trabajo, valorados como adecuados por el 89% de los enfermeros.

Por el contrario la carga de trabajo fue considerada como un factor de riesgo muy elevado en un 44%, al igual que los ítems de participación y supervisión (47% riesgo muy elevado), desempeño de rol (37%) o demandas psicológicas (29%), factores psicosociales a tener en cuenta en pro del cuidado de esta disciplina y sus profesionales.

En los resultados comparativos con otros estamentos, los diplomados no enfermeros valoraron el tiempo de trabajo como adecuado en un 100%, al igual que otros licenciados (no médicos); para los médicos la adecuación del tiempo de trabajo es de todas maneras del 91%, muy por encima del 61% valorado desde Enfermería. También en desempeño de rol y en carga de trabajo Enfermería obtiene puntuaciones menores que el conjunto de licenciados y otros diplomados. Añadir que en otros ítems, es Medicina quien valora una menor adecuación (demandas psicológicas con un 17% y relaciones y apoyo social con un 26%).

De todo lo expuesto en este apartado se concluye que son precisas estrategias protectoras y de intervención a distintos niveles, desde lo social-institucional, la atención al equipo y facilitando el propio autocuidado del profesional, ya que “es preciso que el cuidador se cuide para poder cuidar a otros y también es preciso cuidar al cuidador con el mismo fin” (Olabarria y Mansilla, 2007, p.7).

Esta intervención puede entenderse desde la mirada metodológica enfermera. Así para las enfermeras teóricas enmarcadas en la Escuela de la Suplencia y Ayuda como Henderson (1956), el sujeto de estudio es la acción del enfermero en pro a la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona atendida, pudiendo también verse priorizado el

auto-cuidado del paciente, con la participación activa de la propia persona en el proceso salud-enfermedad, como responsable de las decisiones que condicionan la situación y otorgando protagonismo al sistema de preferencias del propio sujeto (Orem, 1993).

En el encuadre de la Escuela de la Interacción (Peplau, 1952) además, se enfatiza la importancia de la propia persona enfermera en la relación terapéutica, siendo relevantes “sentimientos, emociones, creencias, valores, conocimientos, experiencias, vivencias de salud anteriores y mecanismos de afrontamiento a situaciones de salud en particular” (León, 2007, p.1) de ambos sujetos en relación.

Por tanto, desde la propia metodología enfermera, queda patente que los profesionales enfermeros son por un lado brindadores de cuidados pero también deben ser protagonistas de su autocuidado, concepto definido como:

Conjunto de actividades que las personas realizan de forma cotidiana con la finalidad de mantener el buen estado su salud y su calidad de vida, tomando en cuenta factores físicos, emocionales y sociales (García, 2014, p.28).

Quedando comprometidos en Enfermería en situaciones de *burnout* “dos asuntos igualmente importantes: su salud y la atención que brindan” (García, 2014, p.9).

Desde esta visión es necesario fomentar conocimientos y habilidades que incrementen el autoconocimiento y la sensación subjetiva de bienestar y que equilibren el riesgo psicosocial derivado de las demandas laborales y sociales.

Y si se toma a la persona como ser único y completo, visión holística defendida por la actual Enfermería de Salud Mental, no hay duda que el trabajo a partir del cuerpo y el movimiento,

la corporeidad y la intercorporeidad, ofrece herramientas para el autocuidado dignas de ser tomadas en consideración.

Son diversas las experiencias llevadas a cabo desde este enfoque y que sostienen la posibilidad de impulsar el bienestar subjetivo y las capacidades interpersonales a través de esta disciplina (Koch, 2008; Gordon-Giles y Zidan, 2009; Lynn, 2008; Seibel, 2008, referidos en García, 2014).

Un autocuidado que se puede facilitar desde la perspectiva particular pero amplia de la Observación y el Análisis del Movimiento propia de la DMT: patrones de movimiento, posturas, gestos, estilos respiratorios, tamaños kinesféricos, usos de niveles espaciales, aproximaciones en el espacio interpersonal... trabajo experiencial para el fomento del autoconocimiento, la conciencia corporal y la integración psico-física del profesional enfermero en Salud Mental (o de cualquier otra persona).

Los capítulos III *“Enfermería de Salud Mental y Danza Movimiento Terapia, bailando al mismo compás... que el paciente”* y IV *“Qué se mueve y cómo se mueve: Observación y Análisis del Movimiento”* de la presente tesina, pueden aportar aspectos significativos referidos al cuerpo, el movimiento y la relación, para la abertura de espacios de autocuidado.

Espacios en los que cuestionar desde la auto-observación y la escucha interna, un aprendizaje vital que ha gestado formas de estar en-con uno mismo y con el otro y que pueden ser re-coreografiadas a partir de “procesos en activo que permiten el desarrollo de la espontaneidad del ser, (...) construyendo nuevos significados y nuevas realidades más saludables” (Koch y Fischman, 2011, p.66).

IV

QUÉ SE MUEVE Y CÓMO SE MUEVE: OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO

El afecto es la muestra emocional que hace la persona de su estado de ánimo. Es muy importante su observación en Enfermería de Salud Mental (...). Es igualmente importante observar si las muestras de afecto se corresponden con la actividad motora, ya que en algunos pacientes es un dato esclarecedor del diagnóstico clínico.

(Fornés y Carballal, 2001, p.42)

El movimiento es para la Danza Movimiento Terapia herramienta de intervención y sujeto-objeto de estudio.

Por un lado es primordial en DMT el uso metafórico del movimiento, vehículo de la expresión simbólica, creado en un espacio potencial, a modo de “espacio transicional” (Winnicott, 1971, p.132) propio de la relación terapéutica. Espacio-relación terapéutica que permiten re-coreografiar y re-significar la cercanía y distancia entre el yo y no-yo, desde lo movido, “dando la oportunidad de dar sentido a estos movimientos” (Fischman, 2008; Moore y Yamamoto, 1998, citados en Jimenes, 2011b, p.5).

Por otro lado el movimiento se convierte en objeto de estudio, a través de un método sistemático, válido y confiable, la Observación el Análisis del Movimiento, que “se caracteriza por la descripción de las conductas observables y su posterior registro para su evaluación” (Vella y Torres, 2012, p.149).

En el cuidado en Enfermería de Salud Mental el profesional enfermero debe realizar también una continua evaluación del estado del paciente y de su propia intervención, adquiriendo la observación directa y participativa un papel de suma importancia.

Una observación que debe ir más allá de “la simple descripción de los componentes de la situación, permitiendo la identificación del sentido, la orientación y dinámica de cada instante” (Fagundes, Almeida, Santos, Garcia, Ribeiro y Mendes, 2014, p.76), debiéndose evitar la falta de rigor metodológico en la recogida, registro e interpretación de los datos.

Se intuye por tanto la voluntad de una observación profunda dentro del campo de la Enfermería de Salud Mental y se prevé sencillo el acogimiento de nuevas herramientas al respecto. Con todo y con eso, dada la amplitud de la entidad Observación y Análisis del Movimiento y la necesidad de una formación específica para profundizar en este área, se considera necesario adaptar y simplificar enfoques y conceptos, permitiendo acercar así la O y A del Movimiento a otras disciplinas no-DMT que pueden beneficiarse de estos conocimientos y su aplicación.

Así, el presente capítulo pretende ser un acercamiento a la Observación y el Análisis del Movimiento para la Enfermería de Salud Mental. Un acercamiento a unos conceptos teóricos -a través de un recorrido histórico, la presentación de los sistemas de observación y análisis más habituales y el abordaje adaptado de aspectos de la O y A del movimiento aplicables a la Enfermería de Salud Mental-, que deben integrarse y corporeizarse, en un proceso formativo en-acción si se desea que la Observación y el Análisis del Movimiento constituyan un verdadero recurso enfermero.

1. Breve recorrido por la Observación y el Análisis del Movimiento

El componente no verbal de la comunicación ha recibido históricamente escasa atención y estudio científico, siendo ya relegado etimológicamente a la consideración de no-verbal, a modo de complemento o añadidura de lo verbal.

Sorprendentemente, múltiples experiencias confirman su primacía, afirmándose que en una conversación cara a cara más del 90% del mensaje recae sobre la comunicación no verbal (CNV), ya que solo un 7% de lo que recibe el interlocutor proviene de la propia palabra, siendo los elementos vocales (volumen, entonación...) responsables del 38% del impacto y el lenguaje corporal (mirada, gestos, postura...) del restante 55% (Mehrabian, 1971, citado en Jorcano, 2005).

Desde la perspectiva histórica, han sido múltiples y muy variados los intentos de conectar posturas y movimientos corporales con el estado interior, buscando la relación entre moción y emoción, conectando con fenómenos como personalidad, actitudes personales o tensión muscular.

Las primeras investigaciones sobre la relación entre movimiento y emoción fueron realizadas por Darwin (1872) con la premisa que la expresión, al igual que otras características del ser humano, pueden y deben evolucionar. James (1932) siguiendo las investigaciones de Darwin se interesó por posturas y gestos, admitiendo la dificultad de evaluar varias expresiones observando solo algunos aspectos y estableció que la “unidad del cuerpo proporciona por ella misma la justificación para estudiar las partes en relación a un todo” (James, 1932, referenciado en Rossberg-Gempton y Poole, 1992, p.39).

James diferenci6 gracias a sus estudios experimentales entre “posturas que se entienden” y “posturas que se sienten” (citado en Rossberg-Gempton y Poole, 1992, p.40), construcciones f6cilmente trasladables a t6rminos como espejamiento o empatía kinestésica, aún no acuñados en la 6poca. Enunci6 adem6s conceptos espaciales-relacionales como *approach* (aproximaci6n, relacionado con deseo de atenci6n) o retracci6n (expresi6n de repulsa) (James, 1932, referido en Rossberg-Gempton y Poole, 1992).

En las d6cadas de los 40-50 del pasado S.XX, diferentes psicoanalistas (Reich, 1945; Deutsh, 1947; Lowen, 1958) abogaron por el movimiento como recurso informativo significativo de las actitudes y emociones de los pacientes. Así, Deutsh afirm6 que “las posturas y movimientos voluntarios e involuntarios est6n influenciados por motivaciones conscientes e inconscientes” (Deutsh, 1947, referido en Rossberg-Gempton y Poole, 1992, p.40), siendo las manifestaciones de procesos emocionales y sirviendo de descarga de tensiones psíquicas.

Lowen (1958) por su parte defendi6 la danza como forma b6sica de expresi6n del *self* y la danza movimiento terapeuta Espenak (1972), discípula de Lowen, plante6 la danzaterapia como forma de fortalecer este sentido de uno mismo.

Ekman y Friesen (1967) determinaron que tanto las posturas como los gestos corporales y faciales aportan informaci6n sobre la naturaleza e intensidad de la emoci6n, siendo la cabeza la secci6n que m6s informaci6n reporta sobre el tipo de emoci6n y el cuerpo sobre la intensidad de la misma. En la relaci6n entre el cuerpo y el afecto (positivo o negativo) el rostro muestra el afecto y el cuerpo hace esfuerzos adaptativos para hacer frente al estado afectivo, así por ejemplo las posturas est6ticas se dan durante niveles bajos de excitaci6n o durante la inhibici6n de expresi6n emocional, que conducirán sin embargo, segùn indicaron Ekman y Friesen (1967), a tensionar la expresi6n (flujo conducido).

En estas primeras aproximaciones no se concluye la relación causa-efecto entre moción-emoción. Collier (1985) afirmó que todas las emociones están acompañadas por cambios fisiológicos sobre los que se posee escaso control (dilatación de pupilas, rubor facial...) y por manifestaciones que pueden estar bajo el control consciente. Las emociones, concluía, influyen en la conducta expresiva y por tanto la emoción es la que conduce al movimiento correspondiente.

Sin embargo, en dirección opuesta, Berger (1972), Laird (1974) o Zukerman (1981) defendieron que la conducta expresiva, especialmente las expresiones faciales, influyen en las experiencias emocionales.

La visión actual de la DMT respecto a esta relación movimiento-estado interior es bidireccional. Así, ya en la década de los 70, Schoop (1978) postuló que “las actitudes mentales pueden provocar cambios físicos y viceversa” (Rossberg-Gempton y Poole, 1992, p.45).

La danza terapeuta Pishney (1975) ya había defendido el almacenamiento en la esfera corporal de la memoria de los patrones de movimiento, pudiendo inferir que un aumento en el abanico de movimientos y patrones quizá incrementase la capacidad de afrontamiento personal. Y posteriormente Schmais y White (1986) también validaron que “un amplio repertorio de movimientos es signo de salud, porque se es capaz de responder de distintas formas” (Schmais y White, 1986, referencia en Salas-Calderón, 2007, p.102).

Se deben mencionar en este punto, las aportaciones fenomenológicas respecto a la memoria del cuerpo y la intercorporalidad. Tal como recuerda Fuchs (2014) “en las estructuras de la experiencia corporal el otro siempre está ya incluido”, (p.40), adquiriéndose “esquemas de estar e interactuar con los demás” (Merleau-Ponty, 2003, citado en Fuchs, 2014, p.40).

Y destacar también que varios proyectos actuales ofrecen para la DMT herramientas estandarizadas para la evaluación de movimientos, como los trabajos de Bräuninger y Züger (2014) o en España el proyecto de Vella y Torres (2012).

Por último recordar lo esencial:

Que Enfermería, especialmente de Salud Mental pero también el resto de especialidades, debe creer en la relevancia de la comunicación no verbal en la relación terapéutica, debiéndose convertir en objetivo de estudio, demostrable y cuantificable, confirmando así que no solo el cuerpo sino también “la corporeidad es fundamental en el ejercicio de cuidar” (Torralba, 1998, citado en Jorcano, 2005, p.9).

Y que cualquier disciplina que pretenda observar y analizar el movimiento debe estar atenta no solo a *qué* se mueve sino también a *cómo* sucede el movimiento, siendo este *cómo* el origen de las cualidades del movimiento desde donde se deben hacer inferencias acerca de la subjetividad del mismo, abogando de nuevo por el “aspecto cualitativo, psicológico y expresivo del movimiento” (Panhofer y Rodríguez, 2008, p. 67), que respete la importancia de la realidad intrapsíquica del individuo, resaltando lo subjetivo y lo social-relacional del sujeto.

2. Introducción a los Sistemas de Observación y Análisis

Los Terapeutas en Danza Movimiento, especializados en la comprensión del lenguaje del cuerpo, utilizan distintas herramientas para la evaluación basadas en la Observación y el Análisis del Movimiento.

Se subrayan en esta área las aportaciones de Laban, como el Análisis de Esfuerzo-Forma (*Effort-Shape*) (Laban, 1988 y Lamb, 1965, referencia en Bräuninger y Züger, 2014) y el Análisis

de Movimiento de Laban (*Laban Movement Analysis*, LMA) (Bartenieff y Lewis, 1980, referencia en Braüninger y Züger, 2014).

Y se destacan también las contribuciones de dos autoras, Kestenberg y Davis.

Kestenberg con la creación del Perfil de Movimiento de Kestenberg (*Kestenberg Movement Profile*, KMP), en el que las aportaciones de Laban se enriquecen con teorías del desarrollo (Kestenberg-Amighi, Loman, Lewis y Sossin, 1999) y Davis con la creación en base a las aportaciones labanianas del Inventario Psicodiagnóstico de Movimiento (*Movement Psychodiagnostic Inventory*, MPI) (Davis, 1981).

Esta ligera exposición aunque no pretende detallar estas herramientas, sí desea ser la puerta de entrada a las mismas, enunciando generalidades y aspectos clave a modo de presentación.

2.1. Laban Movement Analysis (LMA)

Rudolf Laban fue predecesor de la danza moderna en Europa central y precursor de genuinas herramientas de Observación y Análisis del Movimiento.

Organizó su concepción sobre el movimiento en tres vertientes: Labanotación, Armonía del Espacio y Dinámica.

La Labanotación (*Labanotation*, Cinetografía o Kinetografía) (Laban, 1926/1956, referido en Queyquep, 2008) se compone de un sistema de símbolos dentro de una barra de notación que tiene como fin describir y anotar de manera cuantitativa y especialmente cualitativa los movimientos realizados, siendo aplicable a todas las poblaciones.

La Armonía del Espacio (*Choreutics*) (Laban, 1966, referido en Queyquep, 2008) corresponde al desarrollo del estudio del movimiento y el espacio de Laban, siendo la Dinámica del

Movimiento (Laban, 1960, referido en Queyquep, 2008) (Esfuerzo-Forma, *Effort-Shape*) la tercera entidad en su concepción.

Impulsados por el propio Laban, discípulos suyos como Lawrence, Lamb y Bartenieff, profundizaron y ampliaron conceptos hasta formalizar el actual Análisis de Movimiento de Laban (*Laban Movement Analysis*, LMA), también conocido como Análisis de Movimiento Laban/Bartenieff (*Laban/Bartenieff Movement Analysis*) y definido como:

Un sistema capaz de describir las conexiones con el cuerpo, la dinámica del movimiento producido por el esfuerzo muscular, la forma, la interpretación y la documentación del movimiento humano (Ros, 2009, p.350).

Este método que es “capaz de observar y analizar cualquier movimiento visible” (Vella y Torres, 2012, p.149) se estructura en los principios generales del movimiento (movilidad/estabilidad, funcionalidad/expresión, esfuerzo/recuperación e interior/exterior) y se basa en tres conceptos básicos (Cuerpo, Esfuerzo y Espacio) y sus combinaciones.

Mediante el elemento Cuerpo se pretende describir la estructura y características físicas del cuerpo, los principios generales sobre la organización corporal, inicio y encadenamiento del movimiento.

Se destaca el concepto Figura que “describe las posiciones estáticas que el cuerpo puede adoptar” (Ros, 2009, p.352), plasmando presentaciones angostas (imagen de flecha), anchas (muro), curvas (pelota) o retorcidas (tornillo), manifestaciones de un reflejo psicocorporal y no solo de una estructura anatómica concreta (North, 1990).

Pero estas presentaciones pueden verse modificadas durante las acciones, siendo las cualidades de la Forma las que describen la manera en el que el cuerpo transita en el espacio,

haciendo referencia a acciones generales de cambio (abrir, cerrar...) o específicas (levantarse/hundirse...) (Laban, 1987).

Laban hace mención además a las categorías suficientemente explícitas de gesto y postura y estudia acerca de la simultaneidad y sucesión del movimiento, subrayando la importancia de la conexión entre diferentes partes corporales, cuestión desarrollada posteriormente por Bartenieff, destacando la conexión respiratoria (intercelular), centro-extremidades (radial), cabeza-sacro (a través de la flexibilidad de la columna vertebral), arriba-abajo (homóloga), conexión entre partes del mismo lado (homolateral) y conexión cruzada lateral (contralateral) (Bartenieff, 2002).

El elemento Esfuerzo surge del estudio de la Dinámica, que se centra en comprender las cualidades del movimiento y sus características más sutiles con respecto a la intención interior. En este constructo se determina que todo movimiento se produce por la combinación de cuatro factores, los Esfuerzos o *Efforts*: flujo, peso, tiempo y espacio; siendo frecuente la relevancia de uno o varios de estos factores respecto al conjunto y correspondiéndole a cada uno de ellos dos polaridades (Ros, 2009).

El Tiempo es el factor que describe la actitud interior respecto a la duración o continuación del movimiento. Las polaridades son súbito (urgencia, sorpresa) y sostenido (alargamiento, persistencia). El Peso muestra la actitud interior hacia la gravedad, no siendo un término cuantitativo sino cualitativo, transitando entre firme (fuerte, resistente) y liviano (delicado, ligero). El Espacio describe la actitud interna hacia el entorno, recorriendo lo directo (recto) y lo indirecto o flexible (ondulado). Por último el Flujo es el responsable de la continuidad de los movimientos, con las polaridades de contenido y libre (Queyquep, 2008; Ros, 2009).

Estos factores de movimiento y sus inferencias psíquicas serán desarrollados en este mismo capítulo en el apartado “*Aspectos de la Observación y el Análisis del Movimiento a considerar por la Enfermería de Salud Mental*”.

Las frases del movimiento cotidiano suelen oscilar entre combinaciones de dos o tres de estos factores.

De la combinación de dos *Efforts* surgen los *States* que reflejan la actitud interna de la persona. Así, por ejemplo, a la combinación de los *Efforts* Espacio y Peso se la denomina *Stability* (Estabilidad) “una combinación del sentir y el pensar que excluye la intuición y la emoción” (North, 1990, referencia en Panhofer y Rodríguez, 2008, p.68)

Cuando son tres los factores que entran en juego a la combinación se la denomina *Drive* (Impulso o elemento motor), produciendo estados altamente expresivos, como por ejemplo la combinación *Passion drive* (Impulso de pasión), que surge de la unión de los *Efforts* Tiempo, Peso y Flujo (Ros, 2009).

Estos *Drives* darán lugar a las Acciones Básicas descritas por Laban: flotar (resultado de peso liviano, espacio flexible y tiempo sostenido), acometer (firme, directo, súbito), deslizar (liviano, directo, sostenido), hendir el aire (firme, flexible, súbito), dar toques ligeros (liviano, directo, súbito), dar latigazos leves (liviano, flexible, súbito), presionar (firme, directo, sostenido), retorcer (firme, flexible, sostenido) (Laban, 1987).

Además en el elemento Espacio se involucra el movimiento en conexión con el medio y con las formas espaciales, los recorridos y las líneas de tensión espacial.

Una línea de tensión espacial es:

El trayecto que realiza el cuerpo o una parte del cuerpo en el aire (...), sin embargo son recorridos inexistentes. Aparecen en la mente del espectador gracias a la memoria (Ros, 2009, p.353).

Para Laban “se simula una coincidencia del espacio subjetivo del bailarín con el espacio objetivo de la kinesfera” (Corin, 2003, cita en Naranjo, 2004, p.40).

Se debe destacar aquí el desarrollo del Icosaedro de Laban, que abarca 3 planos y 36 posibles direcciones diagonales, permitiendo definir con exactitud el movimiento en el espacio, y el concepto Kinesfera (o quinosfera), definida como la “suma de todos los puntos y que forma una área volumétrica en cuyo interior el cuerpo se mueve” (Ros, 2009, p.354). Es decir, imaginando a la persona dentro de una esfera, sería el espacio ocupado por él con las extremidades extendidas, pudiendo alcanzar cualquier punto de la misma.

Aunque debido a la orientación y extensión de la presente tesina y la profundidad del propio trabajo de Laban no es posible un mayor desarrollo de su teorización, sí se han pretendido pincelar aspectos claves que faciliten una base metodológica en relación a los conceptos que serán expuestos posteriormente, insistiendo en la extensa aplicabilidad de este método en áreas como las artes escénicas, la sociología, la antropología, el deporte o la salud mental (Ruíz y Gómez (2007).

2.2. Otros Sistemas de Observación y Análisis: Kestenberg Movement Profile (KMP) y Movement Psychodiagnostic Inventory (MPI)

Judith Kestenberg diseñó el Perfil de Movimientos de Kestenberg, *Kestenberg Movement Profile*, KMP (1965), integrando a las características del análisis labaniano Esfuerzo-Forma (*Effort-Shape*) la perspectiva psicoanalítica del desarrollo y convirtiéndolo en un instrumento para la observación, notación e interpretación de la conducta no verbal, evaluando los

patrones de movimiento como indicadores de salud intrapsíquica y estableciendo una relación entre el predominio de patrones específicos de movimientos y las diferentes etapas del desarrollo.

El KMP puede ser aplicado a todos los grupos de edad (incluso algunos patrones han sido estudiados en la vida intrauterina) y pueden realizarse comparativas entre perfiles para obtener información acerca de áreas de armonía y desencuentro (*mismatch*), ofreciendo herramientas para la valoración, el diagnóstico y la terapéutica, ya que “una vez identificado en el KMP algún área de déficit o necesidad específica en el patrón de movimiento se pueden explorar varios canales de acción” (Loman y Sossin, 2008, p.273).

Este sistema gracias a su compleja estructura puede llegar a analizar 120 factores a través de 29 dimensiones polares, lo que da una idea también de lo complejo de su explicación, estudio y aplicación.

Así, contiene nueve categorías de patrones de movimiento a explorar que representan dos líneas evolutivas, el Sistema I (Desarrollo intrapsíquico) y el Sistema II (Desarrollo de relaciones objetales) (Loman y Sossin, 2008; Braüninger y Züger, 2014).

En el Sistema I Kestenberg centra su atención en la realidad interna de la persona y “describe la expresión en movimiento de necesidades internas, emociones y afectos” (Loman y Sossin, 2008, p. 261). En el Sistema II, en cambio, documenta el desarrollo referido a las relaciones del sujeto con el entorno, es decir hacia otras personas y materiales.

En ambos Sistemas se detallan diferentes categorías en forma de diagramas para poder ser representadas gráficamente. En el Sistema I se detallan los Ritmos del Flujo de Tensión, Atributos del Flujo de Tensión, Precursores de Esfuerzo y Esfuerzos. En el Sistema II se

exponen el Flujo de Forma Bipolar, Flujo de Forma Unipolar, Formación en Direcciones y Formación en Planos (Kestenberg, 1975, citada en Loman y Sossin, 2008).

Se invita al desarrollo posterior de los conceptos solamente enunciados y se decide destacar en esta tesina, debido a sus implicancias clínicas, los Ritmos de Flujo de Tensión o Ritmos.

Estos Ritmos corresponden a preferencias en los patrones individuales de movimiento, presentes desde el nacimiento y que prevalecen en las sucesivas etapas del desarrollo, en función de la personalidad y las experiencias individuales, pudiéndose clasificar en dos categorías iniciales: ritmos libidinales (de aceptación) y sádicos (de lucha).

Se diferencian diez patrones rítmicos básicos, relacionados en pares, que corresponden a cada una de las cinco etapas principales del desarrollo (oral, anal, uretral, genital interna y genital externa) y pueden ser desarrollados por diferentes partes del cuerpo (Kestenberg, 1975, cita en Loman y Sossin, 2008)

Estos ritmos son:

- Succionar/morder-masticar
- Retorcer/tensionar-soltar
- Deslizar/empezar-parar
- Acunar/arrebato-parto
- Saltar/chocar contra (arremeter)

Si se toma como ejemplo la primera pareja de ritmos, succionar/morder-masticar, hay que saber que en la edad de 0-6 meses es habitual el ritmo oral de succión, ritmo libidinal, propio de la etapa de complacencia oral (*oral indulging phase*), que se relaciona con la sintonía y la dependencia y que un poco más tarde, de los 6 a los 12 meses aparecerá mayor proporción

del ritmo morder, oral sádico, que se corresponde con límites corporales más sólidos, base para la diferenciación (Kestenberg, 1975, referencia en Loman y Sossin, 2008)

No se ha considerado oportuno, debido a la densidad metodológica, profundizar más en esta herramienta, dada la imposibilidad instructiva y de aplicación para la Enfermería de Salud Mental. Se señalan eso sí, la oposición entre ritmos libidinales y sádicos a partir del ejemplo elegido (succión/morder-masticar) y la inferencia a modos de habitarse desde la aceptación o la lucha.

Por su parte, Martha Davis investigó los patrones de movimiento de pacientes psiquiátricos concluyendo importantes diferencias entre el movimiento en la persona sana y enferma.

Davis elaboró, con base a las aportaciones de Laban, el *Movement Psychodiagnostic Inventory*, MPI (1975), como herramienta de Observación y Análisis de estos patrones de movimiento corporal involuntario asociados a la patología mental, resultando especialmente eficaz para el diagnóstico diferencial de pacientes afectados de Esquizofrenia y otras patologías, como trastornos graves de la personalidad (Davis, 1981).

La escala está compuesta por 70 características agrupadas en relación al uso que la persona estudiada hace del propio cuerpo, el espacio y sus combinaciones (Davis, 1981).

Cuenta con una gran aplicabilidad ya que puede ser una herramienta útil en las sesiones de Danza Movimiento Terapia pero también en entrevistas psicosomáticas y psiquiátricas, permitiendo “el mapeo de observación (que) es una línea continua entre ausencia de movimiento hasta movimiento excesivo” (Vella y Torres, 2012, p.150).

Con todo y con eso, debido a su especificidad, este inventario no está validado para población adulta sin patología ni para población infantil (Cruz y Kogh, 2004, referencia en Vella y Torres, 2012).

3. Aspectos de la Observación y el Análisis del Movimiento a considerar por la Enfermería de Salud Mental

En el presente apartado se enumeran, adaptados y sintetizados, los aspectos considerados candidatos de ser observados y analizados por la Enfermería de Salud Mental en relación al cuerpo y al movimiento.

Al cuerpo y al movimiento del paciente atendido pero también atendiendo desde la observación y la escucha interna al propio cuerpo y movimiento del enfermero de Salud Mental, facilitando así un espacio de autocuidado desde la exploración y el autoconocimiento de formas de estar en-con uno mismo y con el otro. Convirtiendo así la Observación y el Análisis del Movimiento en una herramienta de gestión y cuidado para el profesional y hacia el paciente.

Aunque son posibles diferentes encuadres teóricos, posiblemente algunos de mayor profundidad, se ha elegido estructurar la información utilizando el modelo labaniano de estrella de cinco puntas: cuerpo, espacio, dinámica, relaciones y acción.

Pero para que la Observación y el Análisis del Movimiento se convierta en un verdadero recurso no es suficiente con la adaptación y la síntesis de conceptos teóricos procedentes de la disciplina de la Danza Movimiento Terapia, sino que justamente debido al enfoque en-activo

de la propia DMT, se hace imprescindible, para corporeizar los conceptos teóricos abordados, la figura de un terapeuta en Danza Movimiento que conduzca el proceso formativo y vivencial.

Destacar la gran aplicabilidad de esta propuesta ya que puede ser fácilmente adaptada teniendo en cuenta factores relacionados con el propio profesional como economía de tiempo o conocimientos sobre O y A, y con el paciente atendido como estado clínico o aspectos transculturales, “factores que varían según las distintas regiones del mundo, cambiando en su forma y movimiento” (Weitz, 1979, referido en Martínez, 2012, p.20).

E indicar por último, que debe mostrarse siempre, tal como pedía Davis, “precaución en la interpretación y aplicación de las descripciones de movimiento” (Davis, 1981, p.52), guardando cierta reserva a la hora de otorgar significados psicológicos a elementos independientes, debiendo realizar la Observación y Análisis del conjunto, identificando concordancias y discrepancias entre los diferentes aspectos estudiados antes de concluir inferencias psicológicas.

3.1. Aspectos corporales

Los aspectos corporales están relacionados con la actitud general del cuerpo, su forma y figura, el flujo del cuerpo y su acción.

Una observación inicial permite obtener una primera impresión general del cuerpo, haciendo mención a la actitud general (adormecida, activa, pasiva...).

La expresión facial y su carga emotiva, en forma de expresiones y tensiones faciales, también forman parte de esta evaluación inicial (de paciente y profesional), al igual que la respiración.

Debe recordarse, tal como indica Chaiklin (2008) que “el movimiento y la respiración marcan el comienzo de la vida y son anteriores al lenguaje” (p. 27), dándole la importancia que merecen ambos aspectos fundamentales, que son en esencia uno solo. Indicar si es posible la amplitud de la respiración, su intensidad, ritmo, retención, zonas en juego...

En cuanto a la Forma y la Figura, la Figura “describe las posiciones estáticas que el cuerpo puede adoptar” (Ros, 2009, p.352), pudiéndose observar figuras angostas (en forma de flecha), anchas (imagen de muro), curvas (pelota) o retorcidas (tornillo) (North, 1990). No se debe presuponer que una determinada estructura anatómica da lugar inequívocamente a una presentación concreta, ya que ésta también será influida por necesidades psico-corporales. Es ejemplo de ello la presentación sensual de las pacientes afectas de diversos trastornos de la personalidad, pudiendo mostrar la forma de tornillo, a modo de presentación seductora de quien precisa recurrir al aspecto físico para llamar la atención o evitar el abandono real o imaginario (DSM-V, 2014).

Además esta presentación se ve modificada durante las acciones, siendo las cualidades de la Forma las que describen cómo el cuerpo transita de un espacio a otro. Puede hacerse referencia a acciones generales de cambio como abrir (relacionada con extensión, ampliar) o cerrar (relacionada con flexión, reducir) pero puede realizarse también una descripción más específica utilizando términos como levantarse/hundirse, estirarse/flexionarse, llenarse/vaciarse... (Laban, 1987).

Durante la Observación y el Análisis del Movimiento se debe estar atento a posibilidades de modificación y a su significación:

Las observaciones de la forma corporal son particularmente interesantes en los pacientes psiquiátricos: son estáticas y fijas y

cuando se observa un movimiento que atraviesa el torso (donde se advierte la forma corporal) es posible que esto nos brinde una indicación de que en breve se producirá un cambio en ella (Queyquep, 2008, p. 244).

Chaiklin y Schmais reivindican la importancia de la postura indicando que “existe una estrecha relación entre la integración de cambios posturales y el cambio de actitudes psíquicas” (Chaiklin y Schmais, 1993, citado en Queyquep, 2008, pp.244-255).

Debe observarse al menos si la postura es cóncava o convexa. Puede intuirse que posturas cóncavas están relacionadas con cargas emocionales, mientras que posturas convexas, de mayor abertura, pueden relacionarse con posturas vitales de confrontación, importante cuestión a observar en el cuerpo del propio profesional en la comunicación no verbal hacia el paciente psiquiátrico (Queyquep, 2008).

Se puede valorar también si existe simetría o asimetría corporal, tanto en el plano horizontal (hemicuerpo superior/inferior) como vertical (hemicuerpo derecho/izquierdo). La simetría/asimetría puede deberse a cuestiones estructurales, funcionalidad o elecciones personales que de conocerse pueden incluirse también en el estudio.

En la valoración inicial del Flujo del cuerpo puede observarse si todas las partes del sujeto quedan integradas en el movimiento o en cambio existen zonas en las que el flujo queda detenido, no circulando por todo el cuerpo.

Podemos encontrar zonas en las que existe una disociación corporal clara, como si el flujo no circulase. Estas escisiones o *splits* suelen observarse en patologías graves, como víctimas de abusos.

En los neuróticos normales (Whitehouse, 1970), en cambio, son comunes las zonas de bloqueo, en las que se observa una mayor tensión muscular o cierta congelación de la energía. Se debe valorar la organicidad así como hacer un estudio de antecedentes de lesiones.

Debe destacarse en Salud Mental la valoración del *grounding* (enraizamiento) del paciente. Este concepto inspirado en el enraizamiento físico del individuo en la tierra, fue acuñado en el campo de la bioenergética por Lowen en los años 40 del S. XX y puede definirse como “conexión con la tierra, las raíces y el equilibrio que tiene un individuo” (Panhofer, 2008, p.117).

Pacientes afectos de psicosis y depresión verán gravemente afectado este patrón, relacionado con una falta de asertividad y de intención (Stanton-Jones, 1992; Fischer y Chaiklin, 1993, referido en de Tord, 2013)... cuerpos que parecen levitar o que se presentan sin anclaje ni centro, perdiendo la coherencia del *self* (de Tord, 2013).

Existen abordajes a *groundings* no físicos (emocionales y relacionales) que no serán atendidos en este trabajo.

La estabilidad de los límites corporales y el mantenimiento de los mismos durante la relación también deben tenerse en cuenta, observando si existe fusión y si ésta es precipitada por la persona (paciente o profesional) o si en cambio se endurecen los límites corporales durante la interrelación.

Deberán conocerse las características propias de las patologías atendidas, con el fin de no forzar situaciones, así por ejemplo “para los pacientes esquizofrénicos la relación humana está cargada de terror, asociado especialmente al temor de fusionarse con otros” (Salas-Calderón, 2007, p. 107) hecho que debe ser entendido y atendido en la relación terapéutica.

En cuanto al cuerpo en acción se puede observar la preferencia de zonas movidas, valorando no solo la predilección en la iniciación (si el liderazgo es proximal o distal...) o el uso del movimiento en diferentes zonas, sino también la ausencia de movimiento en zonas concretas que indicarían posibles *splits*.

Puede ser observado también el autocontacto, pudiendo sugerir necesidad de límites propios, de diferenciación o utilizarse como estrategia de evitación.

Y por último valorar cómo es la trasmisión del movimiento. Se considera que el movimiento es simultáneo cuando dos o más partes del cuerpo se mueven al mismo tiempo y que es sucesivo cuando comienza en una zona concreta para transitar hacia otra.

3.2. Aspectos espaciales

Los aspectos espaciales vienen determinados por el manejo del cuerpo y el movimiento en relación al espacio personal y social y son sin duda, y especialmente con el paciente afecto de enfermedad mental, un componente clave en la relación terapéutica.

Así, en la transferencia del propio cuerpo se producen interacciones y posibles vínculos que convierten “el uso del espacio en un canal crítico de la comunicación no verbal” (Weitz, 1979, referido en Martínez, 2012, p.15).

Este espacio fue estudiado por Laban proyectando alrededor del individuo una “esfera de movimiento o kinesfera constituyendo el espacio personal del individuo” (Laban, 2006, citado en Vella y Torres, 2012, p. 151). Una especie de burbuja que rodea el cuerpo, se extiende hasta donde llega la movilidad articular y “determina el espacio personal de acción, pensamiento, sentimiento y movimiento del individuo” (Vella y Torres, 2012, p. 151).

Laban prosigue explicando que “fuera de los límites de esa esfera está el espacio social o general” (Laban, 2006, referido en Vella y Torres, 2012, p. 151). Así, si se realizan desplazamientos se traslada la kinesfera al espacio general, quedando pues diferenciados indiscutiblemente espacio personal y social.

Aunque desde el punto de vista motriz la kinesfera personal se consideraría fija, deben tenerse en cuenta aspectos propios de la proxémica (del latín *proximitas*, cercanía), término acuñado por Hall (1963) para hacer referencia a la percepción y el uso del espacio personal y social en las interacciones.

Se debe identificar el uso del espacio personal, distinguiendo una kinesfera que puede ser pequeña, mediana o grande, según el uso del espacio (cercano, medio o lejano).

Queyquep ejemplifica la utilización de la kinesfera en la vida cotidiana: uso del ordenador (espacio cercano), barrer el suelo (espacio cercano-medio) e ir a buscar un objeto a una estantería elevada (espacio lejano) (Queyquep, 2008); indicando también la gran dificultad que supone para muchos pacientes el uso del espacio lejano, siendo más fácil trasladar la kinesfera realizando un recorrido con todo el cuerpo en el espacio.

El uso del espacio general también puede indicarse (pequeño, mediano o grande), pudiéndose quizás observar discrepancias entre el uso del espacio corporal y el visual, por ejemplo, ofreciéndonos información sobre el estado y la disponibilidad tanto del paciente como del profesional observado.

En el área del espacio en que se mueve la persona, pueden diferenciarse tres niveles espaciales: alto (por encima del cuerpo), medio (alrededor del cuerpo) y bajo (por debajo de la cintura), constituyendo un aspecto interesante en la relación terapéutica con el paciente de

salud mental. Así, por ejemplo, el facilitar un nivel espacial bajo puede favorecer el trabajo de arraigo (*grounding*), pero al mismo tiempo este nivel espacial puede promover una sensación subjetiva de vulnerabilidad.

En cuanto a direcciones se pueden distinguir direcciones frecuentes o no frecuentadas (hacia la izquierda/derecha, delante/detrás, abajo/arriba).

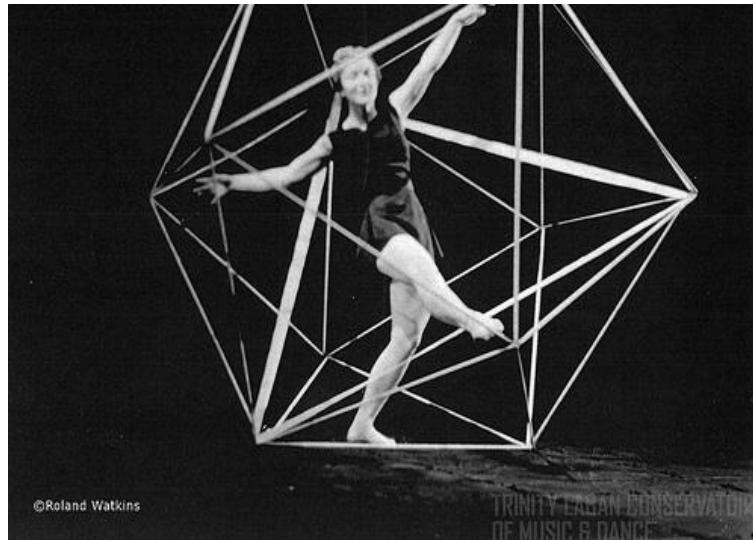
En las designaciones espaciales se asocian dimensiones (primarias y secundarias) a planos. Así la dimensión horizontal formará el plano de la mesa, la sagital el plano de la rueda y la vertical el plano de la puerta (Preston, 1963, citado en Queyquep, 2008).

Pudiendo inferir, continua Queyquep (2008):

Que una persona que se siente confortable con la utilización de (el plano) puerta se encuentra en un modo de presentación. (...) Una que utiliza el plano horizontal se encuentra más en el plano de la comunicación (...), otra que utiliza la rueda es más probable que esté en la acción (p.247).

De modo que podemos predecir un mayor pasaje a la acción (fuga, heteroagresividad...) en el uso del plano de la rueda que en la frecuentación del plano de puerta, por ejemplo. De la misma manera debemos ser conscientes de qué plano-intención queremos ofrecer al paciente para fomentar la relación.

Por último, si se desea se puede hacer mención a alguna indicación diametral relativa al Icosaedro de Laban, teniendo en cuenta la complejidad teórica del constructo, que especifica hasta un total de 36 posibilidades posicionales (e. g. *Pdat*: Profundo derecho atrás).



Icosaedro de Laban (Watkins, 1949)

3.3. Aspectos de la dinámica

La observación inicial puede indicar con facilidad el uso general de la energía, situándola en niveles altos, medios y bajos. Sin embargo, la observación de la dinámica puede ir más allá de un simple vistazo.

El modo en que se mueve un cuerpo en el espacio depende de cuatro elementos básicos de la dinámica, los Esfuerzos o *Efforts* (flujo, espacio, peso y tiempo), correspondiéndole a cada uno de estos factores dos polaridades. Así, “cualquier movimiento puede describirse con estos adjetivos y sus respectivas combinaciones” (Panhofer y Rodríguez, 2008, p. 68).

Y tal como defiende Laban:

Esos factores de movimiento son las formas en que los impulsos y energías internas se manifiestan en movimiento, consciente o inconscientemente, o bien en la actitud de la persona hacia la fuerza, el tiempo, el control y la dirección (Laban, 1950, referido en Queyquep, 2008, p. 251).

Por tanto, el contenido expresivo o formal de cada acción se ve modificado en significado e intención de acuerdo a la combinación de estos, siendo frecuente la relevancia de uno de ellos respecto al conjunto (Ros, 2009).

El primer *effort* en el desarrollo psicosocial es el Flujo de movimiento, relacionado con las emociones, el autocontrol y la respiración. El control del flujo de energía determina la continuidad de los movimientos, la posibilidad de mantenerse haciendo cierta acción, transitando desde aquella acción que puede ser detenida en cualquier momento, en la que el flujo del movimiento queda contenido dentro de los límites corporales, hasta aquella en la que el flujo parece estar más allá de los límites corporales, haciéndose difícil de detener (e.g. paciente que sufre crisis de agitación).

Se puede observar en los pacientes psiquiátricos, debido a los efectos de la medicación o a la propia patología un flujo contenido, fácilmente identificable en el torso, “como si la persona estuviese atada o trabada” (Queyquep, 2008, p. 252).

El Espacio es el segundo *Effort* en el desarrollo. Describe la actitud interior hacia el entorno, asociada al foco y el pensamiento. Así, el espacio es la atención en el hacer, que discurre desde completamente focalizada (utilización directa del espacio) a sin propósito (espacio indirecto o flexible). Para la Enfermería de Salud Mental es familiar encontrar a pacientes, sobre todo de la esfera psicótica, en los que la intención hacia el espacio parece haber desaparecido, realizando acciones o trasladándose, sin foco, sin rumbo. Por el contrario el profesional enfermero suele estar hiper-enfocado, sin flexibilidad para la utilización indirecta del espacio.

El tercer factor en el desarrollo corresponde al Peso que está relacionado con el sentido del *self*, la sensibilidad y la fisicalidad. Es un término cualitativo y no cuantitativo, es decir no está

relacionado con la masa real del observado. Es el factor de la intención, el impacto de la acción y la sensación, llevándonos desde lo firme (fuerte, resistente) a lo liviano (delicado, ligero).

En relación a este *effort* Chace señalaba que los pacientes esquizofrénicos presentaban “falta de peso como si se fueran a disolver en el aire” (Chace, 1993, referencia en de Tord, 2013, p. 61). En los trastornos de la alimentación, aunque de manera distinta, también se presentará un uso limitado del factor Peso (Stanton-Jones, 1992).

En cambio, según Chace, las personas afectas de depresión parecían presentar “mucho peso en sus caderas y piernas hasta el punto de no poderse mover correctamente debido a esta sensación de peso que tenían al moverse” (1993, citada en de Tord, 2013, p. 61); Bartenieff por su parte sostenía que las personas que padecen una grave depresión presentan el peso corporal pasivo (muerto) lo que genera una sensación de pesadez física (Bartenieff, 2002); Stanton-Jones hace mención a la actitud neutra o pasiva hacia el peso de estos pacientes, asociándola a una falta de intención, de asertividad (Stanton-Jones, 1992). Presentación esta última compartida en cierta medida con los pacientes afectados de fibromialgia.

El Tiempo es el cuarto *effort* en el desarrollo, vinculado a la toma de decisiones, es el elemento organizador que en forma de ritmo está presente en los movimientos, pasando de sostenido a súbito al aumentar la velocidad, yendo de la suspensión a la urgencia.

Pacientes y profesionales inquietos, ansiosos, de movimientos urgentes... pacientes afectos de depresión con movimientos casi congelados, eternos... presentaciones duales en un continuo en el que la posibilidad de flexibilidad es sinónimo de salud.

Para concluir este apartado, dos citas obligadas:

No es difícil constatar que cada esfuerzo se relaciona con una metáfora en movimiento: ser directo/indirecto, sacar conclusiones

precipitadamente/tomarse su tiempo, imponerse/ir con pies de plomo, contenerse/dejarse llevar... (Meekums, 2002, p.30).

La persona que aprendió a relacionarse con el espacio y tiene un control físico (...) tiene atención; la persona que dispone de un dominio de su relación con el factor peso del esfuerzo tiene intención; y cuando se ajusta al tiempo tiene decisión (Laban, 1960, citado en Queyquep, 2008, p.252).

Formas de ser, estar y moverse en el mundo que deben ser conocidas y comprendidas como fomento del autoconocimiento-autocuidado y para el establecimiento de la relación terapéutica, en un “te acepto como tú eres y quiero estar contigo donde tú estás” de la propia Chace (Levy, 1988, referencia en Panhofer y Rodríguez, 2008, p. 58).

3.4. Aspectos relacionales

En el cuidado del paciente de Salud Mental los elementos relacionales (interacción, proximidad y contacto), deben ser especialmente atendidos, ofreciendo información privilegiada en el contexto de la relación terapéutica, permitiéndonos conocer más al paciente y sus necesidades pero también a nosotros mismos en este encuentro.

Conflictos relativos a aspectos relacionales aparecen en la mayoría de patologías mentales, presentándose dificultades para reflejar empáticamente al otro (depresión o distintos trastornos de la personalidad) o miedo a la fusión debido a los difusos límites yoicos (pacientes esquizofrénicos) (Salas-Calderón, 2007).

En la Interacción puede observarse el canal modal utilizado (verbal, visual, táctil...), qué protagonistas tiene esta interacción (personas, espacio, material) y si en el encuentro el sujeto ejerce un papel activo (liderazgo) o pasivo (tolerando o no la interacción).

En el concepto Proximidad, los acercamientos y alejamientos adquieren un valor relacional y expresivo, ofreciendo información y facilitando la relación terapéutica, debiendo tener presentes aspectos como la distancia tolerada, la pasividad...

Por último el Contacto puede ser entendido como encuentro visual, físico o verbal. Dado que “entrar en contacto significa tener relación con alguien” (Stern, 1991, citado en Vella y Torres, 2012 p.151) este encuentro es un momento privilegiado en la relación (terapéutica o no).

En cuanto al contacto visual, tanto los ojos como la mirada constituyen un puente excepcional para la comunicación y la construcción del vínculo. Para Sartre “el contacto visual es lo que nos hace real y directamente conscientes de la presencia de otra persona como ser humano” (referencia en Davis, 1989, citado en Vella y Torres, 2012, p. 151). Observar si el paciente pero también si el profesional ofrece esta mirada, si es iniciada, aceptada, rehuida... teniendo en cuenta aspectos relativos a estrategias de adaptación, tolerancia y resistencia pero también a elementos transculturales como intensidad, duración, zonas miradas...

En el contacto físico la mano es un elemento destacado, conteniendo más corpúsculos táctiles que ninguna otra parte del cuerpo y siendo el “instrumento primario del tacto” (Vella y Torres, 2012, p. 151), pero “el tacto no es solamente el sentir con las manos; donde haya piel y terminaciones nerviosas podremos considerar que se produce estimulación táctil” (Malaquias, 2010).

Suelen observarse dinámicas que incluyen el tacto en la exploración del entorno, en el ejercer presión o en ejercicios en los que interviene el *grounding* (Meekums, 2002). Se puede observar en el paciente de Salud Mental el uso indirecto del contacto físico, a partir de materiales, a veces de gran poder simbólico y proyectivo, usados como promotores de la estimulación sensorial o como conectores físicos a modo de puente interpersonal.

Debe prestarse especial atención a las zonas que entran en contacto en la interrelación o en el auto-toque y las formas en las que este toque es realizado (retorcer, dar palmadas, friccionar...) (Meekums, 2002), valorándose la adecuación del contacto físico en la relación terapéutica, clarificando objetivos y funciones (estabilizadora, evocativa, de cuidado y relacional) (Tune, 2005, referido en Malaquias, 2010).

La última modalidad de contacto corresponde al encuentro verbal. Un encuentro que también es corporal, ya que “la palabra es tan del cuerpo como el movimiento, el gesto o el sonido” (Santiago, 1985, referido en Salas-Calderón, 2007, p. 99).

En Salud Mental pueden existir grandes limitaciones en esta área, dadas por la posición egocéntrica de la persona deprimida (Fuchs, 2005) o la regresión a etapas previas a la palabra del paciente esquizofrénico (Gendlin, 1982, citado en Salas-Calderón, 2007), por ejemplo.

Es entonces cuando debe defenderse el valor privilegiado de los elementos del paralenguaje, admitiendo que “las palabras no pueden reflejar la totalidad de nuestras experiencias, afectos y sentimientos” (Vella y Torres, 2012, p. 151), debiendo conocer Enfermería de Salud Mental que las funciones extralingüísticas del discurso como el tono de voz o el ritmo (Weitz, 1979), permiten (re)conocer(se) y ofrecen las bases para el encuentro intersubjetivo a partir de la empatía kinestésica y el entonamiento afectivo, ejes centrales del proceso terapéutico.

3.5. Aspectos de la acción

Los aspectos de la acción definen actividades realizadas por el propio sujeto en relación con él mismo y el espacio. Entre estas actividades pueden distinguirse las Acciones y los Gestos.

Laban definió ocho Acciones Básicas resultado de la combinación de los *Efforts* Espacio-Peso-Tiempo: golpear, acometer, deslizar, hendir en el aire, dar toques ligeros, dar latigazos, presionar y retorcer (Laban, 1987).

Así, por ejemplo la acción de golpear proviene del uso directo del espacio, del peso firme y de un tiempo súbito; en cambio deslizar sería consecuencia de un uso directo del espacio, un peso liviano y un tiempo sostenido (Laban, 1987).

Pero se puede hacer referencia a las acciones a partir de los propios hechos observados: girar, saltar, girar, caer... o hacer mención a los aspectos espaciales de la acción tales como abrir/cerrar, avanzar/retroceder, estirar/flexionar, llenarse/vaciarse, levantarse/hundirse...

Es frecuente observar a pacientes que nunca avanzan y a profesionales que nunca retroceden... un desencuentro a modo de *mismatch* de acciones poco favorecedor de la relación terapéutica.

Se puede hacer referencia también a los aspectos temporales, observando cómo se prepara la persona para la acción, cómo usa las transiciones “más o menos paulatinas o bruscas”, (Preston, 1963, referido en Queyquep, 2008, p. 255), si utiliza frases en movimiento a modo de secuencias estructuradas de acciones que se repiten, si acentúa el movimiento al inicio o al final de esta frase (movimiento explosivo o implosivo)...

Por otro lado el Gesto puede definirse como un “movimiento que aparece en una parte del cuerpo y no afecta al resto” (Queyquep, 2008, p. 244). Chaiklin (2008) defiende además que “los gestos fueron desde el comienzo un medio para vehicular la necesidad humana de comunicación y así ha sido a lo largo de toda la historia de la humanidad” (p. 27).

En este sentido Enfermería de Salud Mental debe identificar y distinguir movimientos y gestos comunicativos de movimientos y gestos secundarios al efecto de la medicación psiquiátrica (tal como se ha desarrollado en el apartado *“Sobre cuerpos afectados y efectos en el cuerpo”* de la presente tesina).

Mostrar también que igual que el silencio, la quietud no es la nada, ya que como recuerda Duncan (1909) “todos los movimientos, incluso el reposo, contienen la cualidad de la fecundidad, poseen el poder de engendrar otro movimiento” (Duncan, 1909, citada en Sánchez, 2003, p.95).

Por tanto la no-acción de pacientes y profesionales puede ser también observada y analizada, valorando elementos de la dinámica como el flujo de energía (tensión muscular, respiración), o el uso del espacio (mirada directa o flexible)... aspectos a veces mínimamente cuantificables pero fácilmente perceptibles a través de la empatía kinestésica y la contratransferencia somática, que pueden denotar estados tan contrarios como disponibilidad-aislamiento o tranquilidad-desánimo.

V

APORTACIONES DE LA OBSERVACIÓN Y EL ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO A LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL: A PROPÓSITO DE UNA EXPERIENCIA

La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.

(Nightingale, 1882, citada en Attewell, 1998, p.183)

En el presente capítulo se describe la experiencia particular llevada a cabo junto a un grupo de enfermeros de Salud Mental vinculados al Hospital Sagrat Cor de Martorell, GHSCJ, y la investigación de tipo transversal y enfoque cuantitativo que propició dicho encuentro.

Debe agradecerse enormemente la implicación de la institución, Dirección de Enfermería, Departamento Docente y Departamento de Recursos Humanos, que hicieron posible la puesta en marcha de la sesión, permitiendo la aplicación, gestionando la convocatoria de profesionales y facilitando el espacio y los materiales necesarios. Y debe agradecerse de igual forma a sus enfermeros la participación desinteresada en esta experiencia que permitió convertirla en una realidad.

1. Introducción

Pasan a detallarse la población así como los objetivos y resultados esperados.

1.1. Universo y muestra

Participaron en la experiencia enfermeros de Salud Mental del Hospital Sagrat Cor de Martorell, GHSCJ, vinculados profesionalmente a las Áreas de Hospitalización (Psiquiatría General de Adultos, Rehabilitación de Adultos, Hospitalización Psicogeriátrica) o a los Servicios Comunitarios de las comarcas del Baix Llobregat (Nord y Centre), Anoia, Penedès y Berguedà (Centros de Salud Mental de Adultos, Hospitales de Día de Salud Mental de Adultos, Centros de Salud Mental Infanto Juvenil, Hospital de Día de Salud Mental Infanto Juvenil y Plan de Servicios Individualizados).

Dada la laxitud legislativa actual no se consideró criterio de exclusión la no posesión del título oficial de Enfermero especialista en Salud Mental (vía EIR o vía excepcional), pero sí fueron excluidos del estudio aquellos enfermeros vinculados a áreas de atención exclusivamente sociosanitaria y/o que se encontrasen en situación de baja laboral.

Para la puesta en marcha de la experiencia se diseñó un encuentro a modo de sesión única teórico-práctica, que se repitió en dos días consecutivos, permitiendo que los dos turnos asistenciales diurnos pudiesen asistir a la sesión. Se obtuvo así la participación de 14 enfermeros del primer turno y 16 del segundo, situando la muestra inicial en una n de 30 individuos, representativa del 41.09% del universo objeto de estudio (fijado en 73 enfermeros de Salud Mental).

Esta muestra inicial solo pudo sostenerse para el análisis de la motivación y satisfacción de los asistentes a la sesión. Para el análisis de conocimientos y habilidades la n se vio disminuida en un sujeto, que no llegó a tiempo de implementar el cuestionario pre-intervención (29 individuos, 39.72% del universo) y finalmente la muestra para cálculos relativos a la experiencia laboral quedó fijada en 28 (representativa del 38.35% del universo), debido a un dato perdido en el ítem “*años trabajados en Enfermería S. Mental*”.

En cuanto a datos sociodemográficos se destacan la media de experiencia laboral en salud mental de los participantes, situada en 12,62 años y la distribución por género, siendo la representación femenina el 56,66% de la muestra.

1.2. Objetivos

Esta experiencia mantuvo el compromiso con el objetivo general de la tesina, explorar las aportaciones que la Observación y el Análisis del Movimiento puede ofrecer a la Enfermería de Salud Mental, destacándose además como objetivos específicos:

- Analizar el interés de los enfermeros participantes en aumentar sus conocimientos y habilidades sobre Observación y Análisis del Movimiento, en relación al cuidado del paciente y el autocuidado-autogestión del profesional.
- Valorar el aumento de conocimientos y habilidades sobre O y A del movimiento después de la intervención, en relación al cuidado del paciente y autocuidado-autogestión del profesional.
- Valorar el grado de satisfacción de los enfermeros participantes en la experiencia.

Como a lo largo del trabajo, se destaca la relevancia teórico-práctica que podría aportar la proyección de este trabajo a tesis, fomentando a través del estudio aplicado de la O y A del movimiento la ampliación del arte del cuidado.

1.3. Resultados esperados

Tal como se ha enunciado en el capítulo introductorio se hipotetizaron los siguientes resultados:

- Un considerable interés por parte de los participantes en aumentar conocimientos y habilidades sobre Observación y Análisis del Movimiento, en relación al cuidado del paciente y autocuidado-autogestión del profesional.
- El aumento de conocimientos y habilidades sobre O y A del movimiento después de la intervención, en relación al cuidado del paciente y autocuidado-autogestión del profesional.
- La valoración satisfactoria de los enfermeros participantes en la experiencia.

2. Elaboración de la sesión

Se pasa a describir el diseño de la sesión, los instrumentos indicadores y el material de apoyo, que facilitaron la puesta en marcha del encuentro y la obtención de resultados.

2.1. Diseño de la sesión

El diseño inicial consistía en dos encuentros fechados de manera independiente, asistiendo a ambas sesiones todos los enfermeros participantes en el estudio.

En el primer encuentro se pretendía evaluar intereses, conocimientos y habilidades preliminares sobre la Observación y el Análisis del Movimiento y conducir un *focus group* que

permitiese conocer opiniones y actitudes respecto a la temática a trabajar, identificando necesidades y estableciendo objetivos que facilitasen el diseño de la segunda sesión.

En este encuentro posterior, de metodología teórico-práctica, se expondrían conceptos esenciales de la Observación y el Análisis del Movimiento y su aplicación a la Enfermería de Salud Mental, evaluando los conocimientos y habilidades adquiridos gracias a la intervención y el grado de satisfacción de los profesionales asistentes.

Sin embargo, debido al riesgo de incomparecencia de los participantes a alguno de los dos encuentros (por modificaciones en horarios de trabajo, desplazamientos, carga de trabajo, urgencias-visitas no programadas...) y a la existencia de dos turnos diurnos de Enfermería, el proyecto debió ser modificado.

Se decidió entonces diseñar un encuentro a modo de sesión única teórico-práctica, que si bien suponía una limitación en el proyecto, permitía asegurar la validez de desempeño. Al mismo tiempo, se dispuso repetir la sesión en dos días consecutivos para facilitar a ambos turnos la participación, solventando así agravios comparativos y evitando, además, debido a la contigüidad temporal, que los participantes pudiesen intercambiar información y opiniones, hecho que podía condicionar resultados.

La sesión tomó el mismo nombre que la propia tesina, *“Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental”* y con una duración de 2h 30 minutos, quedó estructurada como se detalla:

- Entrega y explicación del *“Dossier para el participante”*.
- Compromiso de participación por escrito mediante el *“Consentimiento Informado”*.

- Visionado del fragmento del vídeo *Authentic Movement Session* (4'35" a 6'04") (Smith, 2014) y auto-implementación del *"Cuestionario Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental"* (pre-intervención).
 - Puesta en común de las posibles aportaciones de la DMT y en concreto de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental.
- Utilización del material de apoyo en soporte papel entregado a los participantes, *"Aspectos de la Observación y el Análisis del Movimiento a considerar por la Enfermería de Salud Mental"* y de las diapositivas PowerPoint *"Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental"*.
- Revisión del vídeo *Authentic Movement Session* (4'35" a 6'04") (Smith, 2014) y nueva auto-implementación del *"Cuestionario Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental"* (post-intervención).
 - Espacio para dudas y conclusiones.
 - Cierre visual con la proyección del vídeo *Marian Chace DMT* (Salvatore, Osinalde y Cortazzo, 2016).
 - Auto-implementación de la *"Encuesta de Satisfacción de la Sesión Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental"*.

2.2. Diseño de instrumentos indicadores

Como instrumentos indicadores se diseñaron el *"Cuestionario Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental"* con auto-implementación previa y posterior a la intervención y la *"Encuesta de Satisfacción de la Sesión Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental"*, autoaplicada al final de la sesión.

El “*Cuestionario Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental*” estaba compuesto por una breve caracterización sociodemográfica y dos subcuestionarios: “*Aportaciones al Autoconocimiento-Autocuidado*” y “*Aportaciones Clínicas*”.

A través de estos dos subcuestionarios se pretendía evaluar conocimientos y habilidades relacionados con el autocuidado-autogestión del profesional y el cuidado clínico; atendiendo a conceptos esenciales de la DMT y la Enfermería de Salud Mental (autocuidado, empatía kinestésica...) y a conceptos propios de la O y A del movimiento (aspectos corporales, espaciales, de la dinámica, relacionales y de la acción).

Ambos subcuestionarios contaban con 10 preguntas cerradas dicotómicas (“sí”-“no”) añadiendo la categoría dubitativa, “no lo sé”, como respuesta válida y facilitando un espacio final para observaciones globales.

Dado que esta herramienta fue diseñada por la autora, no siendo un instrumento validado, las variables cualitativas dicotómicas (con opción dubitativa) debieron ser cuantitativizadas para el análisis de la información. Se otorgó un valor de 3 puntos a cada respuesta correcta (opción de respuesta esperada, pudiendo ser “sí” o “no”, dependiendo de la pregunta concreta), un valor de -1 punto a cada respuesta contraria a la esperada (“sí” o “no”) y un valor neutro, 0 puntos, a cada respuesta dubitativa (“no lo sé”).

Se consideró variable socio-demográfica relevante para el estudio la experiencia laboral en Salud Mental, con respuesta numérica concreta. Otras variables como edad cronológica y género fueron incluidas únicamente como datos contextuales.

Por último mediante la *“Encuesta de Satisfacción de la Sesión Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental”* se pretendía valorar el grado de motivación previa y satisfacción obtenida respecto a la sesión, prefiriendo para su diseño una escala tipo Likert, ordinal continua de cinco valores (5: “totalmente de acuerdo” a 1: “totalmente en desacuerdo”), mediante la que dar respuesta a 10 preguntas concretas.

Los citados instrumentos se adjuntan en el Capítulo VIII, *“Anexos”*.

2.3. Diseño de material de apoyo

Fue preciso también el diseño de material de apoyo que facilitase la conducción de la sesión y la integración del contenido teórico-práctico por parte de los asistentes a la misma.

Así se elaboró y entregó a los asistentes la documentación en soporte papel, *“Dossier para el participante”* en la que se incluían agradecimientos, información sobre el diseño y el contenido de la sesión, el consentimiento de participación, el glosario de términos destacados y los instrumentos indicadores diseñados, ya mencionados en el apartado anterior.

Gracias al documento *“Consentimiento Informado”* se contó con la autorización por escrito de todos los enfermeros participantes en la investigación, clarificando la voluntariedad de la participación y la obligatoriedad del cumplimiento de la protección de datos de carácter personal por parte de la investigadora (Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre).

Mediante el glosario *“Aspectos de la Observación y el Análisis del Movimiento a considerar por la Enfermería de Salud Mental”* se ofrecieron definiciones y explicaciones concretas, gracias a la adaptación y simplificación de conceptos esenciales de la DMT y la O y A del movimiento de

los que la Enfermería de Salud Mental podía ser beneficiario en el cuidado cuerpo-movimiento.

Se diseñó también la presentación en PowerPoint *“Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental”*, formada por 36 diapositivas para apoyar visualmente el contenido facilitado durante la sesión, sirviendo de contexto por el que transitar.

Como material no diseñado por la autora se destacan y agradecen dos vídeos que sirvieron de apoyo. Por un lado un fragmento de *Authentic Movement Session* (4’35” a 6’04”) (Smith, 2014), utilizado para ejemplificar aspectos referidos al cuerpo y al movimiento en el contexto del cuidado en Salud Mental, y por otro el vídeo *Marian Chace DMT* (Salvatore et al., 2016) que sirvió para dotar de un cierre visual a la sesión, reforzando conceptos básicos trabajados en la misma.

Todo el material mencionado se adjunta igualmente en el Capítulo VIII, *“Anexos”*.

3. Puesta en marcha de la sesión y recogida de información

Tal como se ha anunciado, para permitir que profesionales de los dos turnos asistenciales participasen en la experiencia, la sesión teórico-práctica se repitió en dos días consecutivos, el 13 de marzo de 2017 para el primer turno y el 14 de marzo para el segundo.

Ambos encuentros tuvieron lugar en el Aula de Formación del Hospital Sagrat Cor de Martorell, GHSCJ, y contaron con idéntica estructura, contenido y duración.

A través del hilo conductor que ofrecían la presentación PowerPoint y el *“Dossier para el participante”* se transitaron distintos escenarios, iniciando el recorrido en la propia estructura de la sesión y la voluntariedad de participación a la misma, clarificando objetivos y compromisos adquiridos.

Desde este transitar se presentaron posibles contribuciones de la Danza Movimiento Terapia y la O y A del movimiento a la Enfermería de Salud Mental y fueron brindadas propuestas en-activo que permitieron corporeizar los conceptos teóricos abordados, facilitando que el encuentro formativo se convirtiese en una experiencia integrada, en una mirada hacia un nuevo recurso para la autogestión, el cuidado del paciente en Enfermería de Salud Mental y el cuidado del propio profesional.

Durante la sesión además se ofrecieron indicaciones para la cumplimentación de los instrumentos auto-informados (*“Cuestionario Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental”* (pre y post-intervención) y *“Encuesta de Satisfacción de la Sesión Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental”*), a los que se fue dando respuesta a medida que avanzaba la intervención y que fueron entregados a la propia investigadora.

4. Análisis de la información y resultados obtenidos

Tras la recogida de información se procedió al análisis de la misma a través del programa IBM SPSS Statistics Base 22.0, que permitió obtener resultados concretos en relación a la hipótesis de la investigación.

Toda la información y los datos obtenidos fueron tratados con carácter anónimo y confidencial, utilizándolos únicamente para la realización del presente trabajo, cuya finalidad fue la obtención de resultados colectivos sobre los que hacer inferencia y no la evaluación individual.

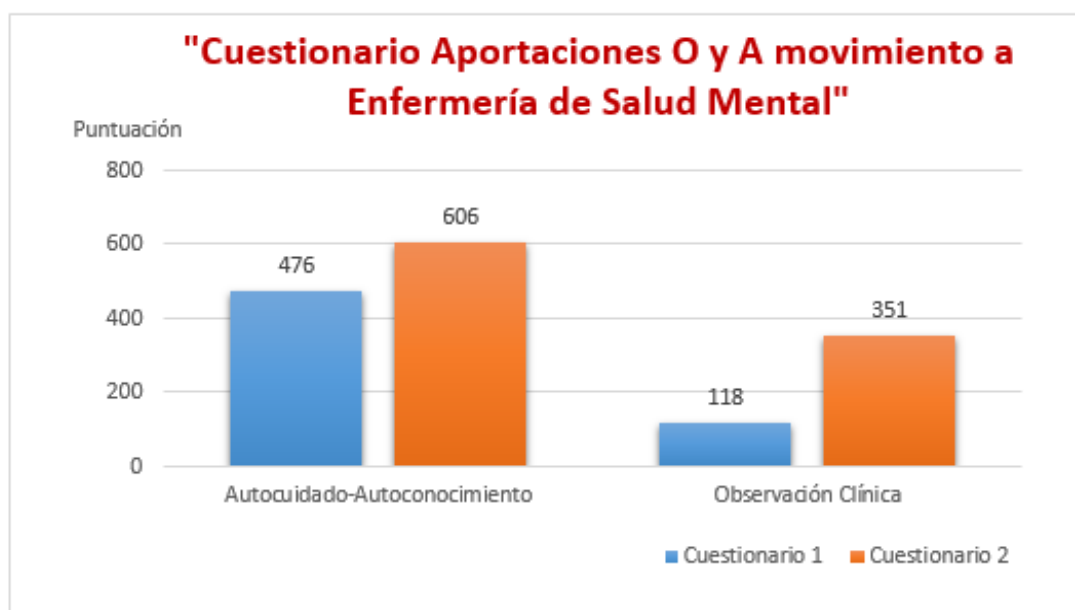
Se estableció como criterio de invalidación de respuestas la elección múltiple, aceptándose la opción de dato perdido en caso de falta de cumplimentación de ítems concretos de los cuestionarios y la encuesta.

4.1. Adquisición de conocimientos y habilidades

Para valorar la adquisición de conocimientos y habilidades fueron comparados los resultados obtenidos en el *“Cuestionario Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental: Aportaciones al Autoconocimiento-Autocuidado y Aportaciones Clínicas”* antes y después del encuentro teórico-práctico

A nivel general, tal como muestra el histograma 1, se observa un aumento considerable en el cómputo de puntuaciones tras la intervención, con una diferencia de puntuaciones pre-post mayor a 100 puntos en relación al autoconocimiento-autocuidado del profesional y de más de 200 puntos en el subcuestionario clínico.

Un incremento en las puntuaciones que se intuyó significativo pero que requería confirmación estadística, por lo que se trabajó a partir de métodos paramétricos y la aplicación de la prueba estadística T-Student para datos apareados.



Histograma 1

Así, para el subcuestionario “Aportaciones al Autoconocimiento-Autocuidado” se compararon las medias de puntuaciones previas y posteriores a la sesión para la muestra general, tal como indican las tablas 1 a 3.

TABLA 1: Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	Total pre	16,41	29	5,803	1,078
	Total post	21,93	29	5,994	1,113

TABLA 2: Correlaciones de muestras emparejadas

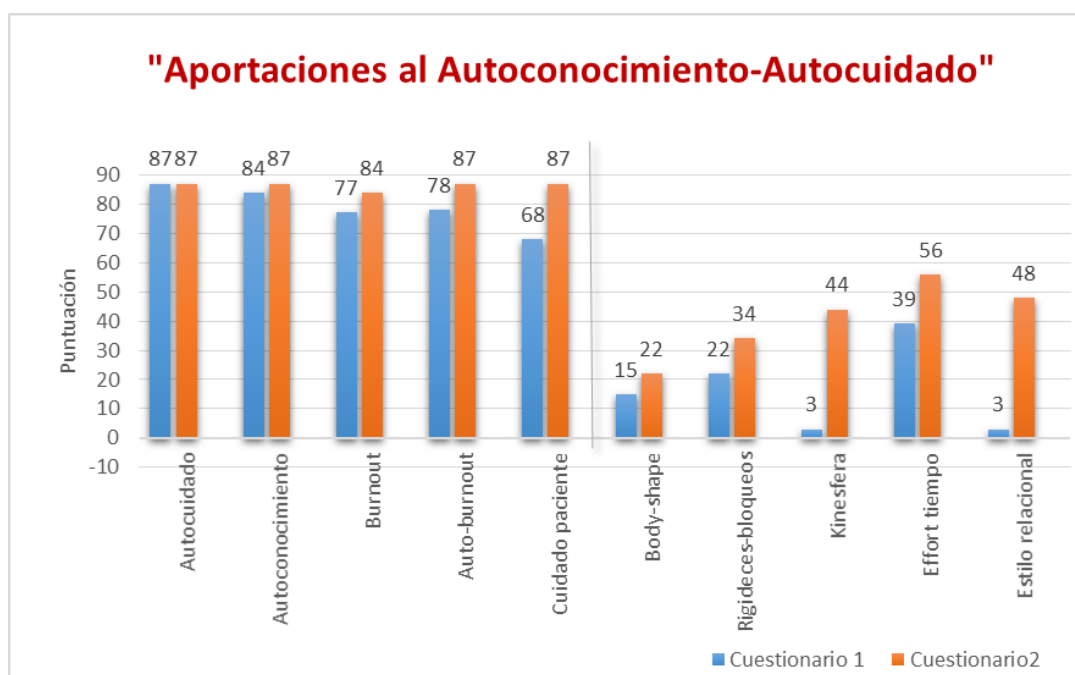
		N	Correlación	Sig.
Par 1	Total pre & Total post	29	,623	,000

TABLA 3: Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Autoconocimiento- Autocuidado Total pre . Total post	-5,517	5,124	,952	-7,466	-3,568	5,798	28	,000

La media previa fue de 16,41 puntos, obteniéndose un valor posterior de 21,93 puntos, con una diferencia de 5'51 puntos, determinándose que este aumento era, efectivamente, estadísticamente significativo (ver tabla 3).

En detalle, en este subcuestionario las preguntas con mayor puntuación tanto en la pasación pre como post-intervención fueron las relacionadas con el autocuidado, elemento clave en la formación y asistencia enfermera, con una media previa a la intervención situada en 78,8 puntos (de un total posible de 87) y una media posterior a la intervención de 86,6 puntos (ver histograma 2).



Histograma 2

En cambio en las relacionadas con el autoconocimiento, aptitud de observación y análisis del propio cuerpo y movimiento, las puntuaciones fueron considerablemente menores (media (\bar{x}) pre: 16,4; \bar{x} post-intervención: 40,8); destacando el incremento en todos los ítems después de la intervención, especialmente en los ítems relacionados con el concepto espacial

kinesfera (aumento de 41 puntos) y con el estilo relacional a través del cuerpo y el movimiento (aumento de 45 puntos) (ver histograma 2). Hecho que hace entrever las necesidades de esta población pero también las oportunidades que las intervenciones desde el cuerpo y el movimiento pueden aportar a esta disciplina.

Para determinar si existían diferencias significativas en los resultados de este subcuestionario relacionadas con la experiencia laboral se diferenciaron dos estratos: “*Grupo experiencia 1*” en el que se situaron los enfermeros con una experiencia laboral en Salud Mental menor o igual a 10 años (9 sujetos) y “*Grupo experiencia 2*”, con una experiencia > 10 años (muestra más amplia, 19 sujetos) y se analizaron los datos (tablas 4 a 7). Los resultados sorprendentemente determinaron que no existían diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos previos (ver tabla 5) ni en el aumento posterior teniendo en cuenta esta experiencia laboral (tabla 7).

TABLA 4: Estadísticas de grupo

Vida laboral		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Total pre	Grupo experiencia 1 (1,00)	9	17,11	4,649	1,550
	Grupo experiencia 2 (2,00)	19	16,16	6,509	1,493

TABLA 5: Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Total pre	Se asumen varianzas iguales	,490	,490	,393	26	,698	,953	2,427	-4,036	5,942
	No se asumen varianzas iguales			,443	21,511	,662	,953	2,152	-3,516	5,422

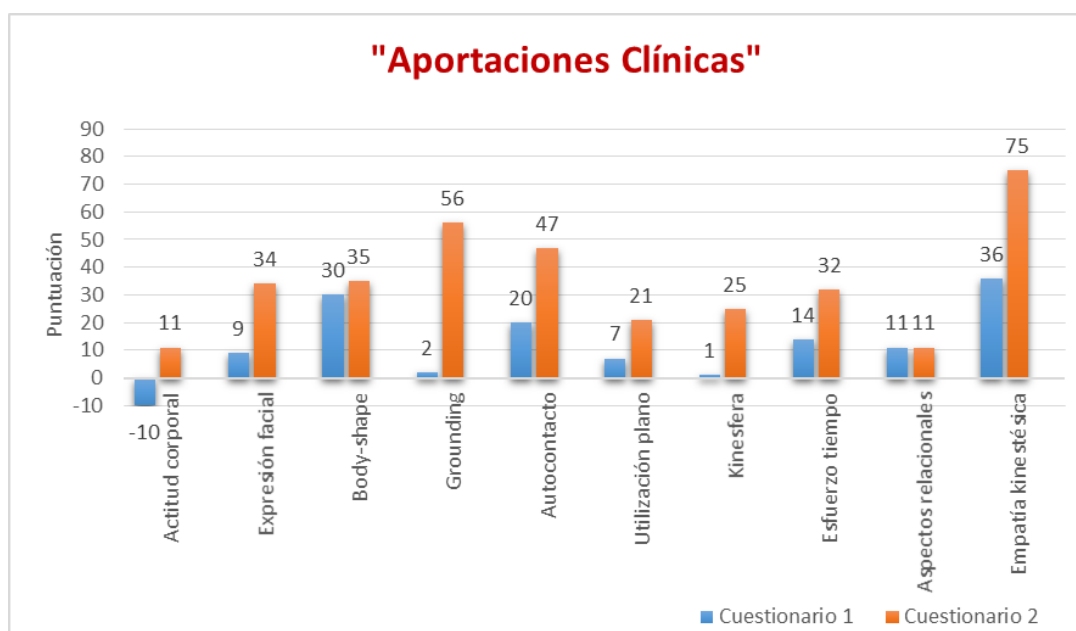
TABLA 6: Estadísticas de grupo

	Vida laboral	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Total post	Grupo experiencia 1(1,00)	9	22,00	6,576	2,192
	Grupo experiencia 2(2,00)	19	21,79	6,033	1,384

TABLA 7: Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Total post	Se asumen varianzas iguales	,113	,739	,084	26	,934	,211	2,511	-4,951	5,372
	No se asumen varianzas iguales			,081	14,617	,936	,211	2,593	-5,328	5,749

Idéntico procedimiento se siguió en el análisis del subcuestionario “Aportaciones Clínicas”, en el que el histograma 3 hacía prever un aumento significativo de conocimientos y habilidades después de la participación en la sesión.



Histograma

Pueden observarse en el mismo histograma las puntuaciones detalladas para cada pregunta del subcuestionario, destacando el aumento de puntuación post en relación al elemento esencial empatía kinestésica y al concepto corporal *grounding*, objetivándose un incremento de conocimientos-habilidades de 39 y 54 puntos respectivamente.

Debe mencionarse la dificultad para dar respuesta al ítem aspectos relacionales, debido a la formulación negativa del enunciado (*"No es posible intuir aspectos relacionales (...) a partir de una observación individual"*), que dio lugar a dobles interpretaciones y ambigüedad en la respuesta, dificultando el análisis posterior (ver histograma 3).

En este caso también fueron analizados los datos estadísticamente (tabla 8 a 10). La media de conocimientos-habilidades pre-intervención se situó en 4,14 puntos, obteniéndose una puntuación posterior de 12,10 puntos, con un incremento de 7,96 puntos, que resultó también estadísticamente significativo (ver tabla 10).

TABLA 8: Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	Total pre	4,14	29	5,566	1,034
	Total post	12,10	29	5,942	1,103

TABLA 9: Correlaciones de muestras emparejadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Total pre & Total post	29	,261	,172

TALLA 10: Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Total pre . Total post	-7,966	7,002	1,300	-10,629	-5,302	-6,126	28	,000

También en esta ocasión se consideró la variable experiencia laboral, no encontrando relación estadísticamente concluyente entre la puntuación y el tiempo trabajado (tablas 11 a 14).

TABLA 11: Estadísticas de grupo

Vida laboral		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Total pre	Grupo experiencia 1	9	4,56	3,941	1,314
	Grupo experiencia 2	19	4,32	6,192	1,421

TABLA 12: Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Total pre	Se asumen varianzas iguales	1,801	,191	,106	26	,916	,240	2,265	-4,415	4,895
	No se asumen varianzas iguales			,124	23,419	,902	,240	1,935	-3,759	4,238

TABLA 13: Estadísticas de grupo

Vida laboral		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Total post	Grupo experiencia 1	9	14,11	5,183	1,728
	Grupo experiencia 2	19	11,26	6,323	1,451

TABLA 14: Prueba de muestras independientes

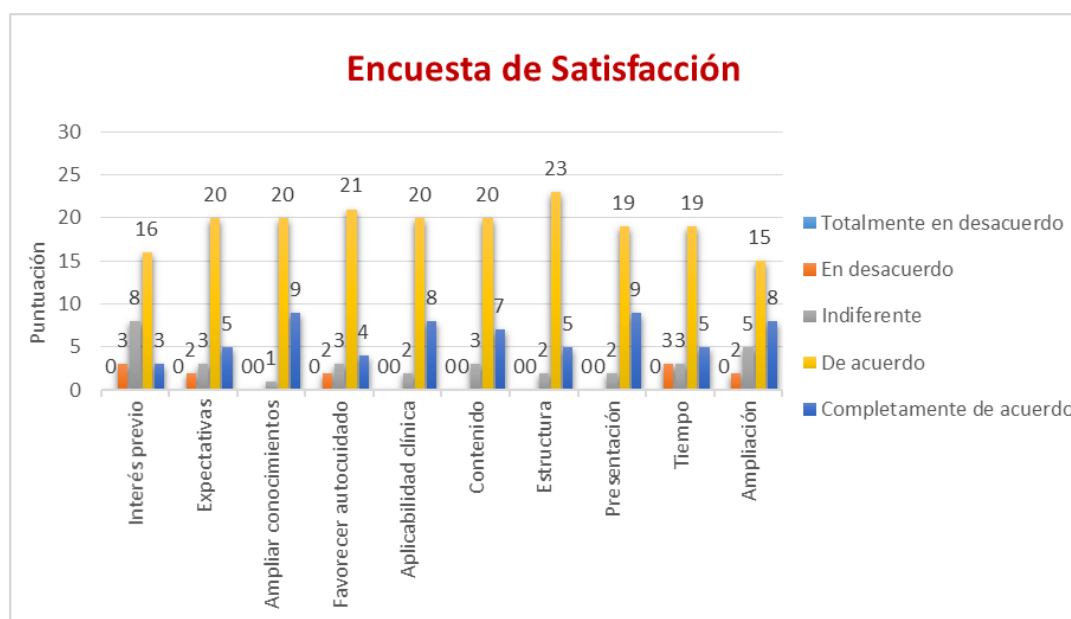
		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Total post	Se asumen varianzas iguales	,953	,338	1,174	26	,251	2,848	2,426	-2,139	7,835
	No se asumen varianzas iguales			1,262	19,049	,222	2,848	2,256	-1,873	7,569

4.2. Motivación y satisfacción

Fueron estudiadas las “Encuesta de Satisfacción de la Sesión Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental”, con el fin de valorar el grado de interés previo, la satisfacción obtenida respecto a la sesión y la motivación por ampliar posteriormente conocimientos y habilidades relacionados con la O y A del movimiento.

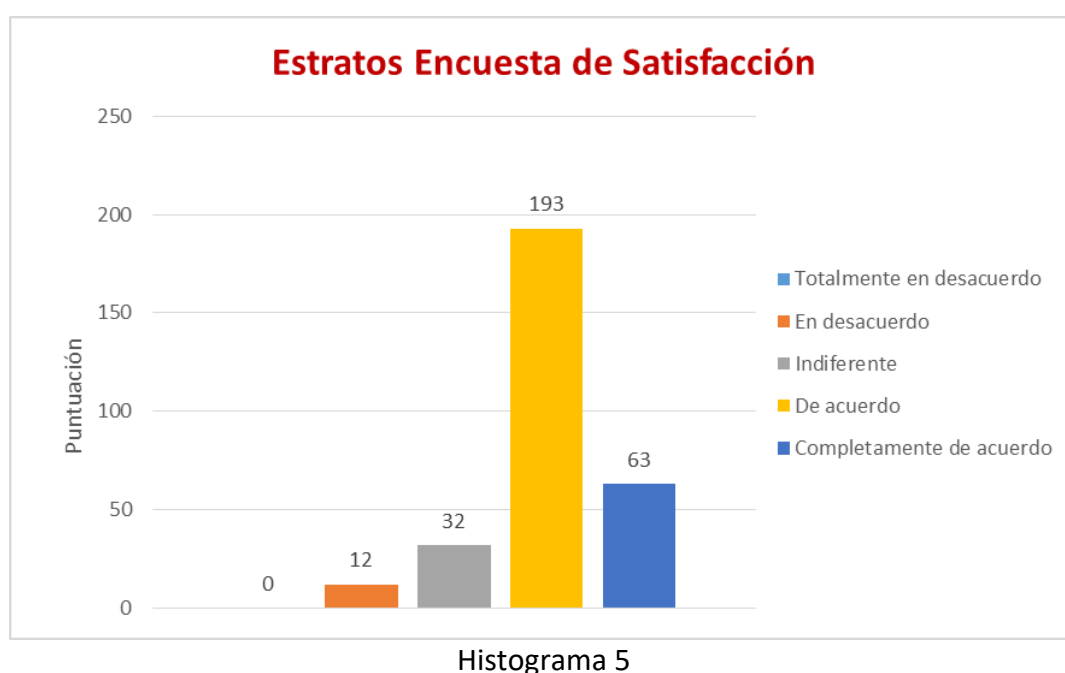
Se tomaron en consideración las encuestas de todos los participantes, n total de 30. Como resultado general se obtuvo una puntuación total de 1.197 puntos (límite superior en 1.500 puntos), lo que supuso el 79.8% de la valoración máxima, correspondiéndose con un nivel de satisfacción notorio.

En detalle, todos los ítems obtuvieron una valoración positiva por parte del grupo participante (opciones de respuesta “de acuerdo”-“completamente de acuerdo”), alcanzándose un porcentaje de satisfacción situado entre 66.3% y 99.6%, dependiendo de la pregunta concreta (ver histograma 4).



Histograma 4

La contestación prevalente en todas las preguntas se correspondió con la opción de respuesta “*de acuerdo*”, con un porcentaje total de 193/300 (64.3 %). Las otras opciones fueron escasamente puntuadas, con un sumatorio, Σ , de 107 puntos, siendo “*completamente de acuerdo*” la segunda opción destacada (21%). Pueden apreciarse los estratos de puntuación en el histograma 5.



En cuanto al interés por incrementar los conocimientos y habilidades relacionados con la Observación y el Análisis del binomio cuerpo-movimiento, a modo de herramienta de autoconocimiento-autocuidado y como de recurso clínico, se consiguió una evaluación positiva del 63.3% de los asistentes. Porcentaje que no solo se mantuvo sino que se vio incrementado tras la intervención, valorando positivamente un 76.6% de los asistentes el poder ampliar conocimientos y habilidades respecto a la temática de la sesión, confirmando así la existencia también de esta motivación posterior.

Con todo y con eso se toman en consideración las apreciaciones individuales valoradas como *“en desacuerdo”* o *“indiferente”* y las observaciones escritas que hicieron los propios enfermeros, observándose la correspondencia con aspectos relacionados con el tiempo, el contenido, la ampliación y la aplicabilidad: *“ha sido corta, sería necesario más tiempo para poder profundizar”*; *“más tiempo para la complejidad del contenido y su asimilación”*; *“el horario no ha sido el más adecuado por horarios de trabajo en planta”*; *“más sesiones y más amplias”*; *“la sesión ha sido básica y por eso la aplicación es limitada”*; *“muy interesante pero insuficiente información”*... informaciones todas ellas que permitirán modelar futuras intervenciones más adaptadas a preferencias y necesidades.

5. Observaciones

La investigadora es consciente que el n de la muestra aportada es relativamente reducido para poder excluir la totalidad de variables no detectadas, que podrían incidir en la relación causa-efecto de los resultados, así como también es consciente de la quizás excesiva asimetría entre los grupos de experiencia (*“Grupo experiencia 1”*: 9 individuos y *“ Grupo experiencia 2”*: 19 individuos).

Con todo y con eso la muestra efectiva parece resultar suficiente en el tratamiento estadístico para marcar tendencia, en espera de poder corroborar la misma con investigaciones posteriores que permitan trabajar con un mayor número muestral y de variables.

VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo tenía como objetivo principal explorar las aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental.

Mediante la exploración bibliográfica se ha podido demostrar la existencia de nexos de unión entre la disciplina Enfermería de Salud Mental y la especialidad en Observación y Análisis del Movimiento, en todos los escenarios estudiados, desde las propias bases de la disciplina del cuidar, su metodología y su taxonomía a su quehacer diario, evidenciando enfoques y elementos comunes de estudio y cuidado.

Se han hecho evidentes a través de la bibliografía contribuciones de la O y A del movimiento que favorecen la comprensión y el cuidado del paciente así como la comprensión y el cuidado del propio profesional, y se han proyectado posibilidades futuras, que quedan más allá de las pretensiones de este trabajo de tesina.

El encuentro formativo *“Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental: a propósito de una experiencia”*, llevada a cabo con un grupo de enfermeros de Salud Mental y el posterior análisis de la información, ha permitido confirmar la motivación del grupo por ampliar conocimientos y habilidades relativos al cuerpo y al movimiento, evidenciando además un incremento estadísticamente significativo de ellos tras la intervención, tanto en aspectos clínicos como en los relativos al autoconocimiento-autocuidado, independientemente de la experiencia de los participantes.

Queda demostrada así la fácil integración de estos conocimientos en-acción por parte de la Enfermería de Salud Mental y la posibilidad de convertirlos en un nuevo recurso para el cuidado del paciente de Salud Mental y para el autocuidado y la autogestión del profesional.

Sin embargo se han evidenciado claros limitadores en este proyecto, tanto en la investigación bibliográfica como en la transversal-cuantitativa, que propició el encuentro con los enfermeros.

Como limitación en la revisión bibliográfica se expone la falta de exhaustividad y profundidad en la investigación, debido en parte a la amplitud de la búsqueda, que hizo necesaria la reconducción continua hacia temáticas centrales del proyecto, dejando en el tintero aspectos considerados menos relevantes para este trabajo, provenientes tanto de la Danza Movimiento Terapia como de la Enfermería de Salud Mental.

Respecto a la experiencia formativa y el análisis de información posterior deben diferenciarse limitaciones que provienen del universo-muestra, de la propia autora y del escenario social.

Respecto a la muestra, se ha trabajado con una n relativamente reducida, con limitación de variables relacionadas y una asimetría en los estratos estudiados, por lo que sería necesario el desarrollo de estudios más amplios que suministrasen una mayor información sobre la temática abordada, a poder ser, aumentando el número muestral así como el número de variables a valorar.

Como limitaciones provenientes de la propia autora se destaca la falta de experiencia: se encontraba en tercer curso del Máster en Danza Movimiento Terapia, nunca había realizado docencia en DMT ni O y A del movimiento y nunca había diseñado instrumentos indicadores ni había asumido una investigación cuantitativa en solitario.

Así, es sencillo entender por ejemplo que una pregunta del cuestionario llegase a formularse en negativo, conduciendo después a dobles interpretaciones y ambigüedades en la respuesta, dificultando su análisis posterior.

En cuanto al escenario social debe enunciarse el hecho que la autora trabaja como enfermera de Salud Mental en la Institución en la que se ha realizado la sesión formativa, por lo que debe tenerse en cuenta la influencia de sesgos sociales a modo de deseabilidad social o cortesía, que han podido condicionar ciertas respuestas y consecuentemente los resultados.

Concluir solo con una mirada al futuro desde la realidad presente: artículos que evidencian vínculos entre la Danza Movimiento Terapia, la O y A del movimiento y la Enfermería de Salud Mental... contribuciones entre disciplinas... cambios en el paradigma enfermero... un Hospital de Salud Mental de referencia que ofrece la oportunidad de organizar una sesión para investigar sobre Observación y Análisis del Movimiento y Enfermería de Salud Mental... enfermeros que aumentan sus conocimientos sobre el cuerpo y el movimiento, sobre el paciente y sobre ellos mismos con una sesión adaptada y concreta...

Realidad presente, quizás sesgada y limitada, pero que muestra el camino por el que transitar para convertir la Observación y el Análisis del Movimiento en un verdadero recurso en el cuidado de Salud Mental.

VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRÁFICAS

- Adali, E., Priami, M., Evagelou, H., Mougia, V., Ifanti, M. et. al. (2003). Síndrome del Quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 17(3), 161-170. Recuperado el 28 de septiembre de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2003000300004&lng=es&tlng=es
- Agama, A., Cruz, L., Ostiguín, R.M. (2011). *Teoría: alcances y niveles para explicar la práctica de Enfermería*. Biblioteca Lascasas, 7(3). Recuperado el 16 de octubre de 2016, de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0622.pdf>
- Alfaro-Lefevre, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ariza, C. (2011). Desarrollo epistemológico de Enfermería. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8 (2), 18-24. Recuperado el 7 de septiembre de 2016, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n2/v8n2a4.pdf>
- Arón, A.M. y Llanos, M^a.T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20 (1-2), 5-15. Recuperado el 3 de enero de 2017 de http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/desgas/dpa_aron2.pdf
- Arribas, A.A., Aréjula, J.L., Borrego, R., Domingo, M., Morente, M., Robledo, J. y Santamaría, J.M. (2006). *Valoración Enfermera Estandarizada: Clasificación de los criterios de valoración de Enfermería*. Proyecto de Investigación Taxonómica CENES (Conocimiento Normalizado del Cuidado) del Departamento de Metodología Enfermera. Madrid. Recuperado el 21 de septiembre de 2016 de http://ome.fuden.es/media/docs/CCVE_cd.pdf

- Attewell, A. (1998). Florence Nightingale (1820-1910). *Perspectivas: Revista trimestral de educación comparada*, 28 (1), 173-189. París. Unesco: Oficina Internacional de Educación. Recuperado el 29 de septiembre de 2016 de <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>
- Ballester, D. (2009). El nuevo título de Grado en Enfermería y la formación en salud mental. *Revista Presencia*, 5(9). Recuperado el 3 de octubre de 2016 de <http://www.index-f.com/presencia/n9/p0154.php>
- Barcellos, C. (2013). *Buceando en la represa de emociones interiores para conectar con lo que no se ve, pero existe. Una intervención de Danza Movimiento Terapia con paciente que padece fibromialgia*. Tesina de Máster Danza Movimiento Terapia. Dipòsit Digital de Documents de la Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 6 de mayo de 2017 de <http://ddd.uab.cat/record/136903>
- Bartenieff, I. (2002). *Body movement: Coping with the environment*. Nueva York: Routledge.
- Bassols, M. (2006). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Papeles de arte terapia y educación artística para la inclusión social*. 1, 19-25.
- Belmont, A. (2011). La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Revista Enfermería Neurológica (Mex)*, 10 (1), 53-55. Recuperado el 10 de septiembre de 2016 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111j.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (1970). Decreto 3193/1979, de 22 de octubre, sobre la creación de la especialidad de Psiquiatría en ATS, núm. 268, 18117-18118. Recuperado el 8 de noviembre de 2016 de <https://www.boe.es/boe/dias/1970/11/09/pdfs/A18117-18118.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (1987). Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la regulación de la obtención del título de Enfermero especialista, núm. 183, 23642-23644. Recuperado el 8 de noviembre de 2016 de <https://www.boe.es/boe/dias/1987/08/01/pdfs/A23642-23644.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (1995). Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, núm. 269, 32590-32611. Recuperado el 7 de octubre de 2016 de <https://boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (1998). Orden de 24 de junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de Enfermero

- especialista, núm. 155, 21627-21630. Recuperado el 8 de noviembre de 2016 de <https://www.boe.es/boe/dias/1998/06/30/pdfs/A21627-21630.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (1999). Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, núm. 298. 43088-43099. Recuperado el 14 de marzo de 2017 de <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (2011). Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica programa formativo especialidad de Enfermería de Salud Mental, núm. 123, 51802-51822. Recuperado el 9 de noviembre de 2016 de <https://www.boe.es/boe/dias/2011/05/24/pdfs/BOE-A-2011-9081.pdf>
- Bonill, C. (2014). ¿Cuidados invisibles o profesionales invisibles? *Archivos de la Memoria, Fundación Index Enfermería*, (11 fasc. 2). Recuperado el 13 de septiembre de 2016 de <http://www.index-f.com/memoria/11/11200.php>
- Braüninger y Züger (2014). La Danza Movimiento Assessment (DMA), una evaluación creativa, basada en el movimiento, para medir el cambio mediante la DMT. En Panhofer, H. y Ratés, A. (Eds). *Encontrar- Compartir-Aprender* (69-84). Barcelona: Servei de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 3 de septiembre de 2016 de https://ddd.uab.cat/pub/lilibres/2014/117258/enccomapr_a2014.pdf
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman, J.M. y Wagner, C. (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*, 6ª edición. Madrid: Elsevier.
- Castañeda, G.M. y Chalarca, C.M. (2004). *La biodanza como práctica corporal en relación con la promoción de la salud* (Monografía). Universidad de Antioquia. <https://es.scribd.com/document/37293058/LA-BIODANZA-COMO-PRACTICA-CORPORAL>
- Carbonell, M.R. (2008). *Danza Movimiento Terapia, la gestación del movimiento*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.
- Celma, M. y Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la Enfermería en su desarrollo profesional. *Rev. Antropología Experimental*. 9(9), 119-136.
- Céspedes, O. (2015). *Evaluación de los resultados NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) en el tratamiento de pacientes con ansiedad, relacionado con dolor, tras intervención de enfermería, manejo de la fitoterapia e intervenciones conductuales*. Tesis Doctoral Enfermería. Universidad Católica de Murcia. Recuperado el 6 de

noviembre de 2016 de

<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=69648>

- Chaiklin, S. (2008). Hemos danzado desde que pusimos nuestros pies en la tierra. En Wengrower, H. y Sharon, C. (Coords). *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia* (27-38). Barcelona: Gedisa.
- Collière, M.F. (1999). Encontrar el Sentido Original de los Cuidados Enfermeros. *Revista ROL Enfermería*. 22 (1), 27-31. Recuperado el 14 de octubre de 2016 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3558272>
- Davis, M. (1981). Movement Characteristics of Hospitalized Psychiatric Patients. *American Journal of Dance Therapy*. 4 (1), 52-71.
- Dolto, F. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Biblioteca de Psicología Profunda. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Duch, Ll. y Mèlich, J.C. (2005). *Escenarios de la corporeidad: antropología de la vida cotidiana*. Madrid: Editorial Trotta.
- Escalada, P., Muñoz, P., y Marro, I. (2013). Atención de Enfermería a pacientes psiquiátricos. Nanda-Nic-Noc: una revisión de la literatura. *Revista Rol de Enfermería*. 36 (3), 166-177.
- Escalada, P. (2015). *Validación de contenido del diagnóstico de Enfermería "Trastorno de los procesos de pensamiento"*. Tesis Doctoral Enfermería. Universidad Pública de Navarra. Recuperado el 20 de diciembre de 2016 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=74886>
- Everett, E., (2008), *Holding hands*. (Fotografía). Recuperado el 19 de noviembre de 2016 de <https://www.flickr.com/photos/valeriebb/2350197001>
- Fagundes, K.V., Almeida, A. de, Santos, C.C. dos, Garcia, C., Ribeiro, P.M. y Mendes, M.A. (2014). Hablando de la Observación Participativa en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. *Revista Index de Enfermería*. 23 (1-2), 75-79. Recuperado el 2 de marzo de 2017 de <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1-2/metodologia1.pdf>
- Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. En Wengrower, H. y Sharon, C. (Coords). *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia* (81-96). Barcelona: Gedisa.
- Fornés, J. y Carballal, C. (2001). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Panamericana.

- Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 12(2), 95-107. Recuperado el 2 de octubre de 2016 de <https://muse.jhu.edu/article/190379>
- Fuchs, T. (2014). La memoria del cuerpo y el inconsciente. En Panhofer, H. y Ratés, A. (Eds). *Encontrar- Compartir-Aprender* (36-45). Barcelona: Servei de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 3 de septiembre de 2016 de https://ddd.uab.cat/pub/lilibres/2014/117258/enccomapr_a2014.pdf
- Gallegos, M. y Pérez, C.L. (2013). Corporeidad de la mujer mastectomizada por cáncer de mama, un enfoque desde su historia de vida. *Revista Paraninfo Digital*. 19. Recuperado el 17 de julio de 2017 de <http://www.index-f.com/para/n19/357o.php>
- Gallese, V., Eagle, M.N., y Migone, P. (2007) Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(1), 131-176. Recuperado el 9 de abril de 2017 de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00030651070550010601>
- Galvis, M.A. (2015). Teorías y modelos de Enfermería usados en la Enfermería psiquiátrica. *Rev Cuidarte*. 6(2), 1108-20. Recuperado el 13 de septiembre de 2016 de <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/172>
- García, M. E. (2006). *El ritmo de los procesos mentales y la presencia psicocorporal del terapeuta*. Comunicación presentada al I Congreso Nacional de Terapias Creativas. Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- García, S. (2014). *Promoción del Autocuidado desde el cuerpo. La importancia del cuerpo en el autocuidado en equipos de profesionales*. Méjico: Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia. <http://www.academia.edu/20363953>
- García, I., Granada, J.M., Leal, M.I., Sales, R., Lluch, M. T., Fornés, J., Rodríguez, A. y Giner, J. (2010) Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 38 1), 1-45. Recuperado el 13 de marzo de 2017 de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/suplementos/11/ESP/11-ESP-832226.pdf>
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 6 (2), 43-63.
- Giménez, M.A. y Bordanove, C. (2009). *Los registros informatizados aumentan la eficiencia del equipo asistencial*. Tesina de Máster Gestión y Administración en cuidados Enfermería

- E.U. Santa Madrona. Dipòsit Digital de Documents de la Universitat de Barcelona. Recuperado el 20 de febrero de 2017 de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21527/1/2009_1.pdf
- Gómez, M., y Terol, E. (2003). Identidad enfermera: hacia un lenguaje común. *Revista Enfermería Docente*. 78. 5-12. Recuperado el 7 de octubre de 2016 de www.index-f.com/edocente/php/78sumario.php
- González, R. (2006). *Resultados, gestión y liderazgo*. Comunicación presentada en el VI Simposium Internacional de diagnósticos de Enfermería. Dipòsit Digital de Documents de la Universitat de Barcelona. Recuperado el 2 de octubre de 2016 de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/63967/1/VI_Simposium.pdf
- Gordon, M. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería* (11ª Edición). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Guirao-Goris J.A., Camaño R.E. y Cuesta A., (2001). *Diagnósticos de Enfermería. Categorías, Formulación e Investigación*. Valencia: Ediversitas Multimedia.
- Herrero, J.A y Díaz, C. (2015). Enfermería de Salud Mental, ¿y por qué opinamos ahora? *Revista Norte de Salud Mental*. 12 (52), 7-8. Recuperado el 16 de octubre de 2016 de <http://www.revistanorte.es/index.php/revista/article/download/850/843>
- Hospital Sagrat Cor de Martorell, GHSCJ. *Pla formació Infermera Interna Resident Salut Mental*. Recuperado el 12 de diciembre de 2016 de <http://www.hospitalsagratcormartorell.org/documents/pla-formacio-eir-salut-mental.pdf>
- Hospital Sagrat Cor de Martorell, GHSCJ. Servicio de Prevención-Grupo de trabajo psicosocial. *Evaluación de factores de riesgo psicosocial 2010-2015* (trabajo no publicado).
- Huizing, E., Molino, J.L., López, J.A y Pérez, A.M. (2015). Perfil de las enfermeras de los servicios de salud mental de España. *Revista Presencia*. Recuperado el 3 de diciembre de 2016 de <http://www.index-f.com/presencia/n21/p10180r.php>
- Ibáñez, J. Garrido, I., y Millán, M.D. (Coord.) (2010). Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. *Colegio Oficial de Enfermería de Jaén*. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Jimenes, C. (2011a). *(Re)conocer la contratransferencia desde el cuerpo y el movimiento creativo: un diálogo con psicoterapeutas verbales*. Tesina de Máster Danza

- Movimiento Terapia. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 3 de febrero de 2017 de http://terapiacreativa.es/uploads/5/4/0/0/5400452/tesina_carolina_jimenes.pdf
- Jimenes, C. (2011b). *Cicatrices y lazos. La construcción de un vínculo terapéutico*. Estudio de caso en Máster Danza Movimiento Terapia. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 6 de marzo de 2017 de http://www.terapiacreativa.es/uploads/5/4/0/0/5400452/cicatrices_y_lazos_la_construccion_de_un_vnculo_terapeutico.pdf
- Johnson M. (2006). *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC* (2ª edición). Madrid: Elsevier.
- Jorcano, P. (2005). La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. *Fundación Index-Biblioteca Las Casas*, 1. Recuperado el 26 de febrero de 2017 de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.pdf>
- Karkou, V. y Sanderson, P. (2006). *Arts Therapies: A Research-based Map of the Field*. London: Elsevier.
- Kernberg, O. (2007). Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas. *Revista Online Apertura Psicoanalítica*. Recuperado el 8 de enero de 2017 de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000426&a=Identidad-hallazgos-recientes-e-implicaciones-clinicas->
- Kestenberg-Amighi, J., Loman, S., Lewis, P. y Sossin, M. (1999). *The meaning of movement developmental and clinical perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. Nueva York: Routledge.
- Koch, S. y Fischman, D. (2011). Embodied Enactive Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*. 33, 57-72. Recuperado el 18 de noviembre de 2016 de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10465-011-9108-4>
- Laban, R. (1987). *El dominio del movimiento*. Madrid: Fundamentos.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- León, C.A. (2007). Cuidarse para no morir cuidando. *Revista Cubana de Enfermería*. 23 (1), 1-8.
- Loman, S. y Sossin, M. (2008). Introducción al perfil de movimiento de Kestenberg y la DMT. En Wengrower, H. y Sharon, C. (Coords). *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia* (259-288). Barcelona: Gedisa.

- Lopes, D.F.M, Merighi M.A.B., Jesus, M.C.P, Garanhani, M.L, Cardeli A.A.M. y Cestari M.E.W. (2012). Percepciones de docentes sobre su corporalidad en la enseñanza de la Enfermería: estudio fenomenológico. *Rev. Online Enfermería Brasileira*. 11 (3), 638-652. Recuperado el 26 de julio de 2017 de <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3712>
- Lluch, M.T. (2004). *Enfermería Psicosocial y de Salud Mental: Marco conceptual y metodológico*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Malaquias, S. (2010). *El toque en la Danza Movimiento Terapia: perspectivas teórica, ética y empírica*. Tesina de Máster Danza Movimiento Terapia. Dipòsit Digital de Documents de la Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 3 de febrero de 2017 de http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2016/hdl_2072_260418/sonia_malaquias_tfm.pdf
- Málvarez, S. (2011). Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de la enfermería. *Revista Iberoamericana de Enfermería comunitaria*. 4(2), 22-30. Recuperado el 7 de noviembre de 2016 de www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27040
- Martín, B. (2004). Intervención de la Enfermera Psiquiátrica de los Centros de Salud Mental. *Nure Investigación*, 6, 1-9.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 112. Recuperado el 7 de octubre de 2016 de [http://Dialnet-ElSindromeDeBurnout-3307970%20\(1\).pdf](http://Dialnet-ElSindromeDeBurnout-3307970%20(1).pdf)
- Martínez, L. (2012). Una propuesta de integración psicocorporal a través de la técnica Alexander y la Danza Movimiento Terapia. Tesina de Máster Danza Movimiento Terapia. Dipòsit Digital de Documents de la Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 6 de marzo de 2017 de https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_247600/Borrador_tesina_FINAL_30-06-12.pdf
- Martínez, J. (2013). La fenomenología de la depresión como modificación de la experiencia del propio *self*: Opacidad corporal, desincronización temporal y culpa. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 2(1), 3-14. Recuperado el 24 de junio de 2017 de <http://journals.epistemopolis.org/index.php/hmedicas/article/download/1308/862>
- Martorell, M.A. (2008). Cuerpo e Identidad en la experiencia del Alzheimer: intentos por recuperar la condición de persona. *Index de Enfermería*. 17(1), 17-21. Recuperado el

- 20 de julio de 2017 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100004&lng=es&tIng=es
- McCloskey, J. y Bulechek, G.M. (Eds.) (2009). *Clasificación de intervenciones de Enfermería* (NIC) (5ª ed.) Madrid: Elsevier
- McKivergin, M. (1997). The nurse as an instrument of healing. En Dossey, B.M. (Ed.) *Core curriculum for holistic nursing* (17-25). Gaithersburg: Aspen.
- Meekums, B. (2002). *Creative Therapies in Practice: Dance Movement Therapy*. Londres: SAGE Publications.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). *CIE-10-ES Clasificación Internacional de Enfermedades* (10ª Revisión). Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, L. y Swatson, E. (Eds.) (2014) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5ª Edición. Madrid: Elsevier.
- Moreno, M.E. (2005). Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. *Revista Aquichan*, 5(1), 44-55. Recuperado el 17 de marzo de 2017 de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a05.pdf>
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J.L., (2000). El desgaste profesional en Enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales*, 3 (1), 18-28. Recuperado el 6 de octubre de 2016 de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/burnout-enfermeria-cdpe.pdf>
- Moreno-Jiménez, B., González, J.L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (*burnout*), Personalidad y Salud percibida. *Empleo, estrés y salud*. 59-83. Recuperado el 7 de octubre de 2016 de <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
- Morris, D. (1996). *La cultura del dolor*. Santiago de Chile: Ed. Andrés Bello.
- Naranjo, M. P. (2004). La cinetografía Laban. *Revista Las Artes*. 4 (7), 39-43. Recuperado el 12 de febrero de 2017 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1213851>
- Nogales, A. (2004). La Enfermería y la salud mental: un enfoque histórico. *Revista Española de Drogodependencias*. 29 (1-2), 9-22.

- North, M. (1990). *Personality assessment through movement*. Plymouth: Northcote House Publishers.
- Olabarría, B., y Mansilla, F. (2007). Ante el burnout: cuidados a los equipos de Salud Mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 12 (1), 1-14. Recuperado el 2 de octubre de 2016 de [http://aepcp.net/arc/01_2007\(1\)_Olabarr_EDaYMansilla.pdf](http://aepcp.net/arc/01_2007(1)_Olabarr_EDaYMansilla.pdf)
- OMS (2010). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Recuperado el 19 de octubre de 2016 de http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
- OMS (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Recuperado el 19 de octubre de 2016 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
- Pacheco, G. (2000). *Presente y futuro de las enfermeras de Salud mental*. Conferencia presentada en I Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado en 21 de noviembre de 2016 de http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa57/conferencias/57_ci_b.htm
- Pacheco, G. y Medina, P. (2001). Importancia de los valores y creencias en un proceso de Enfermería culturalmente competente. *Interpsiquis*. (2). Recuperado el 29 de octubre de 2016 de <http://www.psiquiatria.com/enfermeria/importancia-de-los-valores-y-creencias-en-un-proceso-de-enfermeria-culturalmente-competente>
- Palacios-Ceña, D. y Corral, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Revista de Enfermería Intensiva*. 2 (2), 68-73.
- Palmar, A.M., Pedraz, A, Rubiales, M.D., Solís M, Hernández, A y Rodríguez, J.A. (2008). La idea de corporeidad analizada en pacientes trasplantados de corazón. *Revista Nure Investigación*. 5 (36). Recuperado el 13 de junio de 2017 <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/384/375>
- Panhofer, H. (2008). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la danza movimiento terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Panhofer, H. y Rodríguez S. (2008). La danza movimiento terapia: una nueva profesión se introduce en España. En Panhofer, H. (comp). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la danza movimiento terapia* (49-98). Barcelona: Gedisa.
- Pérez, A. (2006). *Psiquiatría para no psiquiatras*. Salamanca: Cervantes.

- Pinilla, M. (2007). Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. *Revista Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*. 9(1): 37-50.
- Queyquep, E. (2008). Las teorías del movimiento de Laban: la perspectiva de una danzaterapeuta. En Wengrower, H. y Sharon, C. (Coords). *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia* (239-258). Barcelona: Gedisa.
- Reyes, J., Jara, P. y Merino, J.M. (2007). Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un Modelo Teórico como base de la Valoración de Enfermería. *Revista Ciencia y Enfermería*. 13(1), 45-57. Recuperado el 2 de noviembre de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100006&lng=es
- Rodríguez, R.M. (2011). Uniendo arte y ciencia a través de la danza movimiento terapia. *Danzarte: Revista del Conservatorio Superior de Danza de Málaga*. 7, 4-11. Recuperado el 20 de diciembre de 2016 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3675957>
- Ros, A. (2009). Laban Movement Analysis (Una herramienta para la teoría y la práctica del movimiento). *Estudis escènics: quaderns de l'Institut del Teatre*. 35 (350-357). Recuperado el 17 de febrero de 2017 de <http://www.raco.cat/index.php/EstudisEscenics/article/viewFile/252853/339591>
- Rossberg-Gempton, I. y Poole, G.D. (1992). The relationship between body movement and affect: from historical and current perspectives. *The Arts in Psychotherapy*, 19, 39-46.
- Ruíz, C. y Gómez, J.J. (2007). El dibujo del coreógrafo. En Gómez, J.J. (Coord) *La representación de la representación. Danza, teatro, cine, música* (89-138). Madrid: Cátedra.
- Salas-Calderón, S. (2007). Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos. *Actualidades en Psicología*. 21 (108), 97-115. Recuperado el 6 de junio de 2017 de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4794948.pdf>
- Salvatore, S., Osinalde, V. y Cortazzo, N., (2016). *Marian Chace DMT* (archivo de vídeo). Recuperado el 9 de enero de 2017 de https://www.youtube.com/watch?v=axDvCYccV_4
- Sánchez, J.A. (2003). *El arte de la danza y otros escritos. Isadora Duncan*. Madrid: Ediciones Akal.

- Santana, M.T.B.M. de y Jorge, M.S.B. (2007). El cuerpo como experiencia vivida por la enfermera al cuidar del otro durante el proceso de muerte. *Revista online Latino- Am Enfermagem* 15 (3), 466-473. Recuperado el 11 de noviembre de 2016 de www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a16.pdf
- Santos, A. y Bellver, A. (2009). Enseñando a aprender: la esquizofrenia, acercarse a ella para entenderla. *Revista Online Educare21*. 8. Recuperado el 3 de junio de 2017 de <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/59024/>
- Smith, T. E. (2014). Authentic Movement Session (archivo de vídeo). En Smith, T.E. *The Art of Going Inside* (archivo de vídeo). Recuperado el 9 de enero de 2017 de <https://www.youtube.com/watch?v=25Yj0q0ehRA>
- Snyder, M. y Lindquist, R. (2010). *Terapias complementarias y alternativas en Enfermería*. Méjico: El manual moderno.
- Solano, M.C. (2006). Fenomenología-hermenéutica y enfermería. Editorial. *Revista Cultura de los Cuidados*. 10(19), 5-6 Recuperado 21 de enero de 2017 de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/961/1/culturacuidados_19_01.pdf
- Stanton-Jones, K. (1992). *An Introduction to dance movement therapy in psychiatry*. Nueva York: Routledge.
- Stuart, G.W. y Sundeen, S.J. (1995), *Enfermería psiquiátrica*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Sun, Y. (1998). Aprendizaje Implícito: aspectos críticos de su definición y algunas de sus implicancias. *Revista Psykhe*. 7(2), 41-51. Recuperado el 16 de febrero de 2017 de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/129/128>
- Tejada, J. y Ruiz, M.R. (2010). Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC's. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. *ENE, Revista de Enfermería*. 4(2), 10-18. Recuperado el 21 de noviembre de 2016 de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/127/110>
- Tord, P. de (2013). *Grounding: concepto y usos en danza movimiento terapia*. Tesina de Máster Danza Movimiento Terapia. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 22 de marzo de 2017 de <http://www.recercat.cat/handle/2072/247527>
- Trejo, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: una opción para el profesional de enfermería. *Rev. Enfermería Neurológica*. 11(2), 98-101. Recuperado el

- 8 de febrero de 2017 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>
- Ugalde, M. y Lluch, M.T. (2011). *Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las Taxonomías Enfermeras en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica*. Dipòsit Digital de Documents de la Universitat de Barcelona. Recuperado el 13 de noviembre de 2016 de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/19207/6/FIS_PI05_90132_UGALDE_Completo_11.pdf
- Valls, R. (2007). *Història de la professió d'Infermeria*. Departament d'infermeria Fonamental i Medicoquirúrgica. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona. Col.lecció: Textos docents: 66.
- Vella, G. y Torres, E. (2012). Desarrollo de un instrumento de observación en danza movimiento terapia (DMT). *Rev. Papeles del Psicólogo*, 33(2), 148-156. Recuperado el 19 de marzo de 2017 de <https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=4455333>
- Vinalay I., Torres M.A. y Vega, E.G. (2016). El cuerpo como instrumento del cuidado de enfermería. *Revista Enfermería Inst Mex. Seguro Social* 24(2), 81-84. Recuperado el 6 de mayo de 2017 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162a.pdf>
- Watkins, R. (1949). Fotografía de una estudiante del Art of Movement Studio (referencia LC/A/14/1/40). En *Colección de fotografías de Laban Library and Archive, Trinity Laban Conservatoire of Music and Dance*. Londres. Recuperado el 10 de octubre de 2017 de <http://calm.trinitylaban.ac.uk/calmview/Record.aspx?src=CalmView.Catalog&id>
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

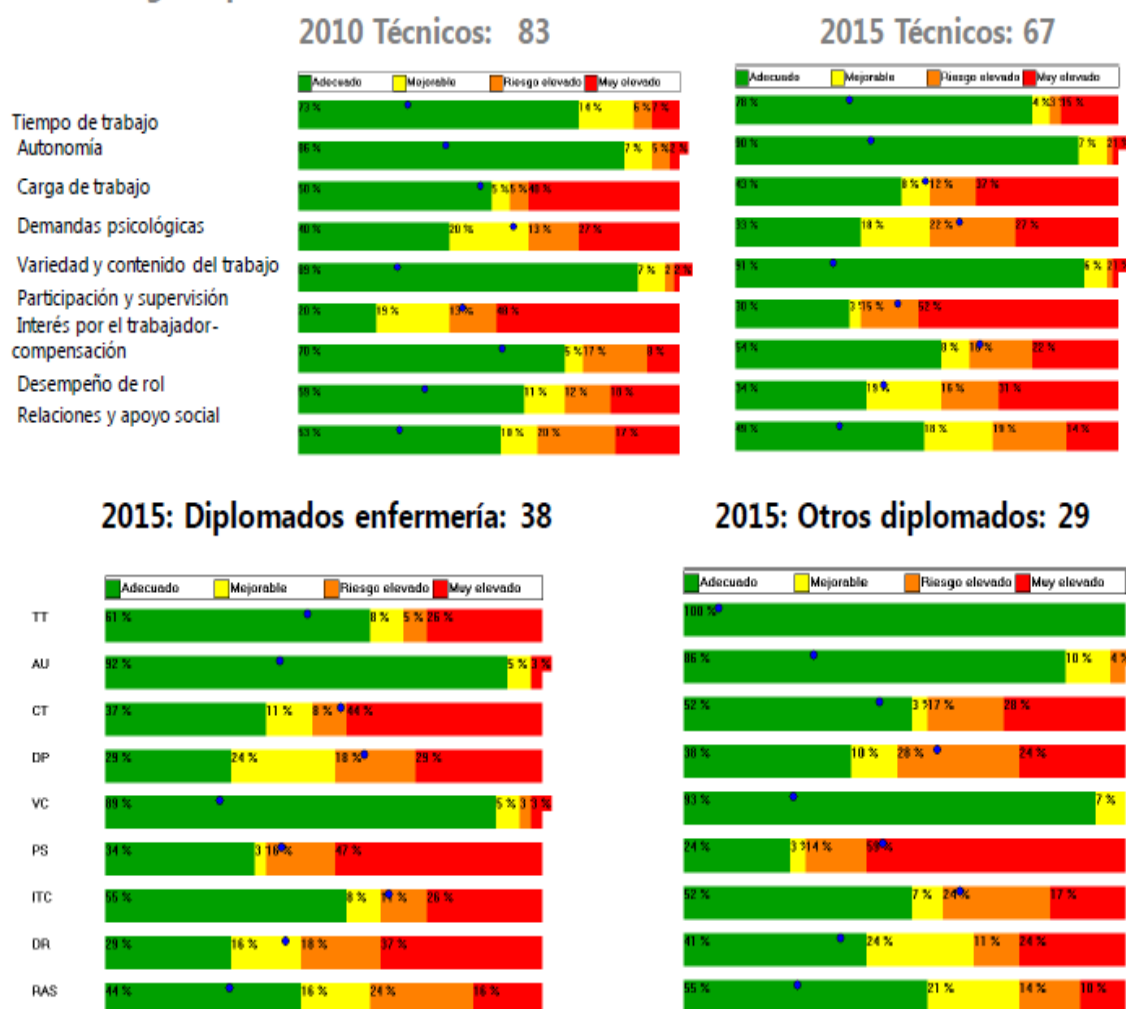
VIII

ANEXOS

1. Evaluación de riesgos psicosociales en Enfermería de Salud Mental

Evaluación de factores de riesgo psicosocial

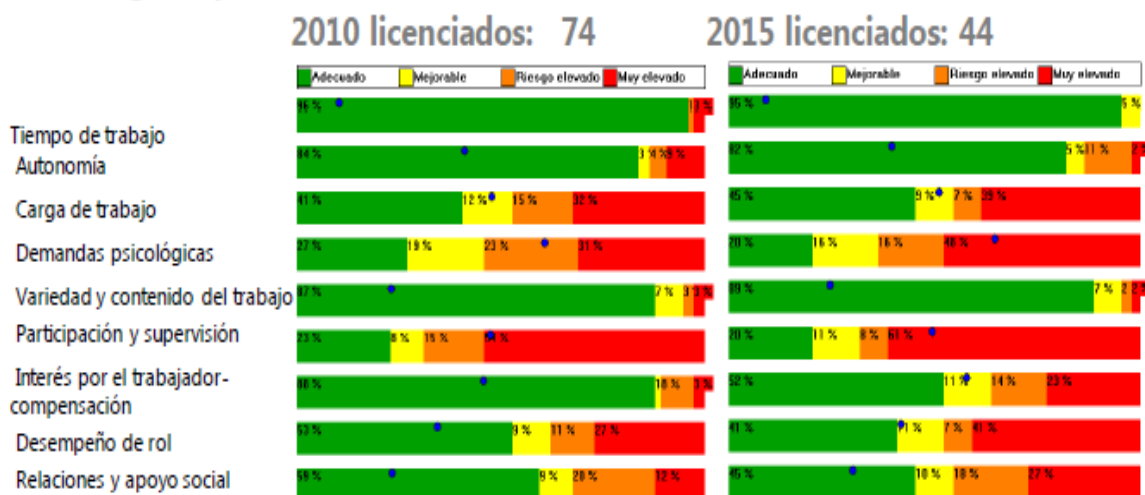
Por categoría profesional:



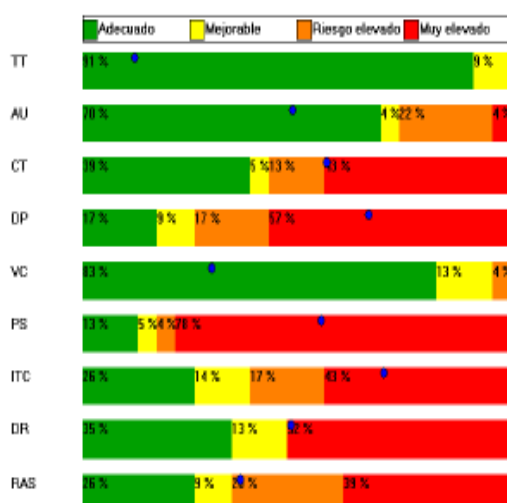
Evaluación de factores de riesgo psicosocial para Diplomados-Técnicos,
Servicio de Prevención-Grupo de trabajo psicosocial,
Hospital Sagrat Cor de Martorell, GHSCJ, 2015, p.11.

Evaluación de factores de riesgo psicosocial

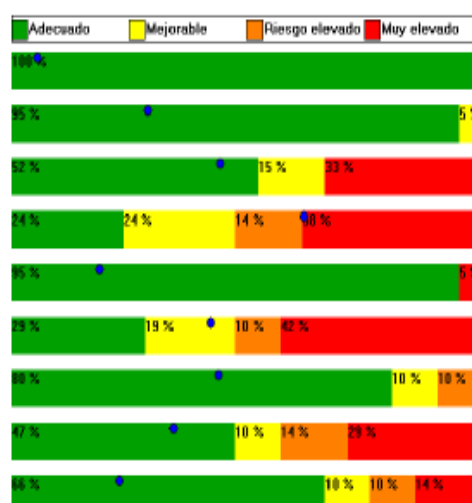
Por categoría profesional:



2015: Licenciados medicina: 23



2015: Otros licenciados: 21



Evaluación de factores de riesgo psicosocial para Licenciados,
Servicio de Prevención-Grupo de trabajo psicosocial,
Hospital Sagrat Cor de Martorell, GHSCJ, 2015, p.11

2. Material de la sesión

2.1. Dossier para el participante

Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental

Dossier para el participante



Tesina: Eva Garrido Gómez

Enfermera Especialista en Salud Mental, Hospital Sagrat Cor de Martorell, GHSCJ

Máster en Danza Movimiento Terapia, UAB

Tutora: Dra. Rosemarie Cammany

2.1.1. Presentación y agradecimientos

La presente sesión se enmarca en la tesina *“Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental”*, del MA en Danza Movimiento Terapia (Universitat Autònoma de Barcelona), y tiene como objetivo obtener datos cuantitativos que complementen el trabajo teórico, conociendo la visión de los propios enfermeros sobre aspectos relacionados con el cuerpo y el movimiento tanto en su autocuidado como en su ejercicio profesional.

Quiero aprovechar para agradecer la implicación institucional del Hospital Sagrat Cor de Martorell, GHSCJ, y de sus enfermeros, que han hecho posible esta experiencia y la propia tesina, trabajo solo imaginado durante la formación en Danza Movimiento Terapia y que ahora es ya una realidad.

2.1.2. Diseño de la sesión

- Entrega y explicación de la documentación.
- Consentimiento informado.
- Visionado de un fragmento del vídeo *“Authentic Movement Session”* (Smith, 2014) y auto-implementación del cuestionario (pre-intervención).
- Puesta en común de aspectos relacionados con la Danza Movimiento Terapia y la Observación y Análisis del Movimiento y posibles contribuciones a la Enfermería de Salud Mental.
- Segundo visionado del fragmento del vídeo *“Authentic Movement Session”* (Smith, 2014) y nueva auto-implementación del cuestionario (post-intervención).
- Dudas y conclusiones.
- Cierre visual con el vídeo *“Marian Chace DMT”* (Salvatore, Osinalde y Cortazzo, 2016).
- Implementación de la encuesta de satisfacción.

2.1.3. Consentimiento informado

Se solicita su participación en la tesina *“Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental”*.

La investigación se rige por los principios éticos y de confidencialidad establecidos por la Universitat Autònoma de Barcelona y ningún dato será utilizado de manera externa a este trabajo. Además para cumplimiento de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informo que únicamente el presente consentimiento contiene datos de carácter personal, siendo los cuestionarios tipificados por una codificación inicial-inicial-número (A.A.1- A.A.2...).

Título de la Investigación:

“Aplicaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental”

Investigadora principal:

Eva Garrido Gómez
DNI: 47642365G

Yo, _____, con DNI _____

Certifico:

- ☐ Haber leído el resumen entregado en papel.
- ☐ Haber podido preguntar y aclarar dudas.

Afirmo comprender:

- ☐ Que mi inclusión en el estudio es voluntaria.
- ☐ Que me comprometo a cumplimentar y entregar los cuestionarios y encuesta durante la sesión.

Y por la presente:

- ☐ Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos aquí consignados son ciertos y que tengo en mi poder una copia de este documento.

Firma del participante,

Firma de la investigadora,

2.1.4. Cuestionario Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental (pre-intervención)

Identificación:

Edad: Género (F/M): Años trabajados en Enfermería S. Mental:

APORTACIONES AL AUTOCONOCIMIENTO-AUTOCUIDADO

Cuestionario pre-intervención

	Sí	No	No lo sé
Autocuidado es el conjunto de actividades cotidianas realizadas para mantener el buen estado su salud y calidad de vida, tomando en cuenta factores físicos, emocionales y sociales.			
El autoconocimiento sobre el cuerpo y el movimiento debe formar parte del autocuidado.			
El <i>burnout</i> se caracteriza por cansancio emocional, irritabilidad, ansiedad, despersonalización en el trato y dificultad para la realización personal.			
Creo que el autocuidado puede reducir el impacto del <i>burnout</i> .			
Un mayor autoconocimiento puede ayudar a comprender al paciente y por lo tanto facilita un mejor cuidado del mismo.			
Puedo representar de manera adecuada y fiel mi figura corporal en reposo.			
Puedo identificar mis rigideces y bloqueos corporales.			
Conozco el uso de mi espacio personal (kinesfera).			
Reconozco cual es mi uso de la cualidad tiempo.			
Intuyo mi estilo relacional a través del cuerpo y el movimiento.			

Observaciones:

APORTACIONES CLÍNICAS

Cuestionario pre-intervención

Fragmento del vídeo “*Authentic Movement Session*” (Smith, 2014) (secuencia 4’35’’-6’04’)

	Sí	No	No lo sé
La actitud corporal de la persona observada es activa, sobre todo al inicio de la escena.			
Su expresión facial es consecuente con el movimiento ofrecido.			
Su figura corporal se corresponde con una imagen de pelota.			
Se observan dificultades de <i>grounding</i> , sobre todo al inicio de la escena.			
Abunda el autocontacto, intuyendo necesidad de delimitación corporal.			
Utiliza básicamente el plano sagital para los desplazamientos junto a un nivel espacial bajo.			
Se percibe un uso del espacio personal (kinesfera) reducido.			
Utiliza el esfuerzo tiempo únicamente en calidad sostenida.			
No es posible intuir aspectos relacionales solo a partir de la observación individual.			
La empatía kinestésica es la capacidad de entrar en el mundo de una persona, comprometiéndose empáticamente con la experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo.			

Observaciones:

2.1.5. Aspectos de la Observación y el Análisis del Movimiento a considerar por la Enfermería de Salud Mental

“DMT es la utilización de la danza y el movimiento creativo en un contexto terapéutico, con el objetivo de ayudar a la integración (...) del individuo” (Rodríguez, 2011, p. 4).

*“La corporeidad es fundamental en el ejercicio de cuidar”
(Torralba, 1998, citado en Jorcano, 2005, p.9).*

Danza Movimiento Terapia (DMT). Ideas principales:

- Unidad psico-corporal y conexión acción-emoción.
- Potencial terapéutico de la acción creativa y artística.
- Relación terapéutica.

Aspectos de la DMT a considerar por la Enfermería de Salud Mental:

- Presencia terapéutica: “apertura a la experiencia de otra persona a través de un encuentro interpersonal recíproco” (Paterson y Zderad, 1976, en Snyder y Lindquist, 2010, p.36).
- Empatía kinestésica: “comprometerse empáticamente con la experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo” (Fischman, 2008, p. 81).
- Entonamiento afectivo: el entonamiento afectivo es transmodal, “a través del espejar, resonar, modular, imitar, etc. Como lo haría una madre con su bebé” (Stern, 1996, referido en Martínez, 2012, p. 67).
- Contratransferencia somática: “experiencia contratransferencial inaccesible desde la reflexión (...) y la estructura verbal/lineal” (Jiménez, 2011a, p.46), en la que se ponen en juego “la memoria corporal y los sistemas de conocimiento implícito” (García, 2001, citada en Jimenes, 2011a, p. 46).

La estrella de Laban:



Aspectos corporales:

Los aspectos corporales están relacionados con la actitud general del cuerpo, su forma y figura, el flujo del cuerpo y su acción.

Actitud corporal general:

- Aspectos generales del cuerpo: primeras impresiones (actitud activa, adormecida, pasiva...). Considerar en todos los apartados el efecto de la medicación.
- Expresión facial y carga emotiva.
- Respiración: amplitud, intensidad, retención, zonas en juego...

Forma y figura del cuerpo:

- Figura del cuerpo en reposo: “describe las posiciones estáticas que el cuerpo puede adoptar” (Ros, 2009, p. 352). Angosta (flecha), ancha (muro), curva (pelota), retorcida (tornillo). No presuponer relación única entre estructuras anatómicas y figura. Ejemplo: presentación seductora en forma de tornillo en diversos trastornos de la personalidad.
- Forma del cuerpo en acciones: cómo transita: abrir (ampliar, extensión) o cerrar (reducir, flexión). También se puede hacer referencia a términos específicos: estirarse, vaciarse...
- Postura: inferencias sobre posturas vitales: concavidad (se intuyen cargas emocionales) o convexidad (confrontación)
- Simetría o asimetría (vertical/horizontal). Necesidad de valoración orgánica que descarte patologías.

Flujo del cuerpo:

- Valoración inicial: integración y coordinación general.
- Existencia de *splits*: escisiones, zonas de disociación corporal que pueden observarse en patologías graves (ej. víctimas de abusos).
- Bloqueos: zonas de mayor tensión, antecedentes de lesiones, rigidez...
- *Grounding* (enraizamiento): sensación de conexión con la tierra, asociado con el uso del centro de gravedad y el equilibrio. Relación con la integración del *self*, la asertividad y la

intención. Pacientes afectos de psicosis o depresión severa presentarán escaso *grounding*.

- Límites corporales: estabilidad de límites, mantenimiento o fusión (intencionada o inintencionada) en la relación. Tener en cuenta dificultades y uso de los límites dependiendo de la patología del paciente (en esquizofrenia existe gran temor a la fusión).

Cuerpo en acción:

- Preferencia de zonas movidas: valorar no solo la preferencia en la iniciación (liderazgo proximal o distal...) sino también las ausencias de movimiento en zonas concretas. Observación del autocontacto (necesidad de afianzar límites, estrategia de evitación...).
- Trasmisión del movimiento: el movimiento es simultáneo cuando dos o más partes del cuerpo se mueven al mismo tiempo y es sucesivo cuando comienza en una parte para pasar a otra.

Aspectos espaciales:

Determinados por el manejo del cuerpo y el movimiento en relación al espacio personal y social. Es un canal crítico en la comunicación no verbal, de suma importancia en la relación terapéutica con el paciente afecto de enfermedad mental.

Uso del espacio personal:

- Kinesfera personal: “esfera de movimiento (...) que constituye el espacio personal del individuo” (Laban, 2006, referido en Vella y Torres, 2012, p. 151). Se extiende hasta donde llega la movilidad articular del cuerpo y “determina el espacio personal de acción, pensamiento, sentimiento y movimiento de un individuo” (Vella y Torres, 2012, p. 151). Será pequeña, mediana o grande según el uso del espacio, que puede ser cercano, medio y lejano. Dificultad para muchos pacientes en el uso del espacio lejano, haciendo traslado de todo el cuerpo en el espacio.
- Niveles espaciales utilizados: alto (por encima del cuerpo), medio (alrededor del cuerpo) y bajo (por debajo de la cintura). Mayor arraigo (*grounding*) pero también mayor vulnerabilidad en el nivel inferior.
- Direcciones: preferencia o ausencia de direcciones: izquierda/derecha, delante/detrás, abajo/arriba.

- Dimensiones y planos: transversal-mesa, sagital-rueda, frontal-puerta. Inferencias psicológicas: correspondencia entre el uso puerta y la función de presentación, la rueda y la acción...

Uso del espacio general:

- Preferencias en espacio general: zonas preferidas, uso de distintos espacios...
- Kinesfera general: “fuera de los límites de esa esfera (personal) está el espacio social o general” (Laban, 2006, referido en Vella y Torres, 2012, p.151).

Aspectos de la dinámica:

El modo en que un cuerpo se mueve en el espacio depende de cuatro elementos básicos llamados Esfuerzos o *Efforts* (flujo, espacio, peso y tiempo) (Laban, 1950, referido en Queyquep, 2008). Así “cualquier movimiento puede describirse con estos adjetivos y sus respectivas combinaciones” (Panhofer y Rodríguez, 2008, p.68):

Efforts (Esfuerzos):

- Flujo de energía: relacionado con emociones y autocontrol. Desde flujo conducido (la acción se puede parar) a flujo libre (parece que no se pueda parar). En pacientes psiquiátricos, por efecto de la medicación o la propia patología el flujo puede estar contenido, identificable en el torso, “como si la persona estuviese atada o trabada” (Queyquep, 2008, p.252) pero también puede ser irrefrenable (crisis de agitación).
- Espacio: relacionado con enfoque y atención. Desde el uso del espacio directo (completamente focalizado-enfermero) a indirecto (sin propósito-paciente desorientado).
- Peso: relacionado con el sentido del *self*, la sensibilidad y la intención. No es un término cuantitativo sino cualitativo, desde lo firme (fuerte) a lo liviano (delicado). Se destacan en Salud Mental la presentación neutra y pasiva (esquizofrenia y depresión grave).
- Tiempo: relacionado con la intuición y la toma de decisiones, de sostenido (suspensión) a súbito (urgencia).

Uso general de la energía: alta, media, baja.

Aspectos relacionales:

Se destaca la importancia de los elementos relacionales en el cuidado del paciente de salud mental, que suele presentar dificultad para reflejar empáticamente al otro (depresión o distintos trastornos de la personalidad) o miedo a la fusión debido a los difusos límites de uno mismo (pacientes esquizofrénicos) (Salas-Calderón, 2007).

- Interacciones: con profesional, compañeros y espacio/materiales. Destacar canal modal (visual, verbal, táctil), si la interacción es activa o pasiva... describir intensidad, duración, estrategias de adaptación, tolerancia y resistencia.
- Proximidad: tolerancia al acercamiento, distancia de comodidad, aceptación de quedar alejado...
- Contacto: verbal (importancia de funciones extralingüísticas), visual y físico (activo/pasivo, zona de contacto, intensidad,...). Clarificar el objetivo terapéutico del contacto.

Aspectos de la acción:

Se refiere a las actividades realizadas por el propio sujeto en relación con él mismo y el espacio. Entre estas actividades pueden distinguirse:

- Acción: Laban (1987) definió ocho acciones básicas, combinación de los *efforts* espacio, peso y tiempo (ej. golpear: espacio directo, peso firme y tiempo súbito).

Puede hacerse referencia a las acciones a través de otros conceptos (girar, saltar...), utilizando sus aspectos espaciales (abrir/cerrar, crecer/encoger, avanzar/retroceder...) o a los aspectos temporales de la acción (si existe preparación o transición en las frases, si se acentúa el principio o el final de la acción...).

- Gesto: “movimiento que aparece en una parte del cuerpo y no afecta al resto” (Queyquep, 2008, p.244). Debería distinguirse entre gestos comunicativos y gestos secundarios a la evolución de la enfermedad o al efecto del tratamiento farmacológico (actual o histórico), sin olvidar la posibilidad de sesgo cultural.
- Quietud: “todos los movimientos, incluso el reposo, contienen la cualidad de la fecundidad, poseen el poder de engendrar otro movimiento” (Duncan, 1909, citada en Sánchez, 2003, p.95). Pueden valorarse elementos de la dinámica como el flujo de energía (tensión muscular, respiración) o el uso del espacio (mirada directa o flexible).

2.1.6. Cuestionario Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental (post-intervención)

Identificación:

Edad: Género (F/M): Años trabajados en Enfermería S. Mental:

APORTACIONES AL AUTOCONOCIMIENTO-AUTOCUIDADO

Cuestionario post-intervención

	Sí	No	No lo sé
Autocuidado es el conjunto de actividades cotidianas realizadas para mantener el buen estado su salud y calidad de vida, tomando en cuenta factores físicos, emocionales y sociales.			
El autoconocimiento sobre el cuerpo y el movimiento debe formar parte del autocuidado.			
El <i>burnout</i> se caracteriza por cansancio emocional, irritabilidad, ansiedad, despersonalización en el trato y dificultad para la realización personal.			
Creo que el autocuidado puede reducir el impacto del <i>burnout</i> .			
Un mayor autoconocimiento puede ayudar a comprender al paciente y por lo tanto facilita un mejor cuidado del mismo.			
Puedo representar de manera adecuada y fiel mi figura corporal en reposo.			
Puedo identificar mis rigideces y bloqueos corporales.			
Conozco el uso de mi espacio personal (kinesfera).			
Reconozco cual es mi uso de la cualidad tiempo.			
Intuyo mi estilo relacional a través del cuerpo y el movimiento.			

Observaciones:

APORTACIONES CLÍNICAS

Cuestionario post-intervención

Fragmento del vídeo “*Authentic Movement Session*” (Smith, 2014) (secuencia 4’35’’-6’04’)

	Sí	No	No lo sé
La actitud corporal de la persona observada es activa, sobre todo al inicio de la escena.			
Su expresión facial es consecuente con el movimiento ofrecido.			
Su figura corporal se corresponde con una imagen de pelota.			
Se observan dificultades de <i>grounding</i> , sobre todo al inicio de la escena.			
Abunda el autocontacto, intuyendo necesidad de delimitación corporal.			
Utiliza básicamente el plano sagital para los desplazamientos junto a un nivel espacial bajo.			
Se percibe un uso del espacio personal (kinesfera) reducido.			
Utiliza el esfuerzo tiempo únicamente en calidad sostenida.			
No es posible intuir aspectos relacionales solo a partir de la observación individual.			
La empatía kinestésica es la capacidad de entrar en el mundo de una persona, comprometiéndose empáticamente con la experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo.			

Observaciones:

2.1.7. Encuesta de Satisfacción de la sesión Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental

Identificación:

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
Antes de la sesión sentía interés por ampliar mis conocimientos sobre aspectos relacionados con el cuerpo y el movimiento.					
La sesión ha dado respuesta a estas expectativas.					
He podido ampliar mis conocimientos sobre el cuerpo y el movimiento.					
Estos conocimientos pueden aportarme una mayor comprensión sobre mí mismo y favorecer mi autocuidado.					
Estos conocimientos pueden ser aplicables en el cuidado enfermero del paciente de salud mental.					
Estoy satisfecho con la sesión: contenido.					
Estoy satisfecho con la sesión: estructura.					
Estoy satisfecho con la sesión: presentación.					
Estoy satisfecho con la presentación: tiempo.					
Desearía ampliar más mis conocimientos y habilidades respecto a la temática de la sesión.					

Observaciones:

2.2. Diapositivas PowerPoint de la sesión

"Aportaciones de la Observación y el Análisis del Movimiento a la Enfermería de Salud Mental"

Eva Garrido Gómez
Enfermera Especialista en Salud Mental, Hospital Sagrat Cor, GHSCJ, Martorell
3º Máster Danza Movimiento Terapia

UAB
Universitat Autònoma de Barcelona

Germans Hospitalaris
Hospital Germans

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- Aportar datos cuantitativos tesina.
- Conocer visión y actitudes de enfermeros de salud mental respecto al cuerpo y al movimiento.
- Aportaciones DMT/O y A en autocuidado enfermero y ejercicio profesional.

DISEÑO DE LA SESIÓN

- Presentación y agradecimientos. Documentación.
- Visionado vídeo e implementación del Cuestionario (pre-intervención).
- Aspectos DMT y O y A a considerar por Enfermería de Salud Mental.
- Visionado vídeo e implementación del Cuestionario (post-intervención).
- Dudas y conclusiones. Cierre visual.
- Encuesta de satisfacción.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Participación voluntaria.
- Cumplimiento principios éticos y confidencialidad (LOPD).

CUESTIONARIO "APORTACIONES DE LA OBSERVACIÓN Y EL ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO A LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL":

Autoconocimiento-autocuidado
y
Observación clínica

QUÉ ES DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

Terapia artístico-creativa



DMT

"Utilización de la danza y el movimiento creativo en un contexto terapéutico, con el objetivo de ayudar a la integración psíquica, física, emocional y social del individuo."

(Rodríguez, 2011)

IDEAS PRINCIPALES

- Unidad psico-corporal y conexión moción-emoción.
- Potencial terapéutico de la acción creativa y artística.
- Relación terapéutica.

BASES TEÓRICAS DMT



(extraído de Carbonell, 2008)

PROCESO INDIVIDUAL Y GRUPAL POBLACIONES Y LIMITACIONES



<http://dancamovimientoterapia.org/wp-content/uploads/2011/10/EFORMACI%C3%93N.jpg>

<https://www.youtube.com/watch?v=mgmreiaakl8>

<https://www.instagram.com/dancamovimientoterapia/>

<https://www.facebook.com/dancamovimientoterapia/>

ASPECTOS DE LA DMT A CONSIDERAR POR ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL



- Presencia terapéutica.
- Empatía kinestésica y entonamiento afectivo.
- Contratransferencia somática.

11

PRESENCIA TERAPÉUTICA

"Proceso de estar disponible de manera **total** y tener apertura a la experiencia de otra persona a través de un encuentro interpersonal **recíproco**."

(Paterson y Ziderad, 1976)

12

EMPATÍA KINESTÉSICA

"Empatía es la capacidad de una persona de comprender a otra, el intento de **vivenciar** la experiencia ajena. Surge del **apareamiento** de elementos comunes para luego reconocer y tolerar las **diferencias**."

La Empatía kinestésica es "comprometerse empáticamente con la experiencia intersubjetiva enraizada en el **cuerpo**."

(Fischman, 2008)

13

ENTONAMIENTO AFECTIVO

El entonamiento afectivo **transmodal** se lleva a cabo "a través de **resonar** para después **espejar**, imitar, modular... como lo haría una madre con su bebé."

(Stern, 1996)

14

CONTRATRANSFERENCIA SOMÁTICA

"Acompañar es también un trabajo sobre **sí mismo**, que conlleva una escucha hacia el otro y también hacia uno mismo." (Bassols, 2008)

Contratransferencia: "conjunto de las reacciones **inconscientes** del analista frente a la persona del analizado y especialmente, frente a la transferencia de éste."

(Laplanche y Pontalis, 1996)

Contratransferencia Somática: "experiencia contratransferencial inaccesible desde la reflexión (...) y la estructura verbal/lineal" en la que se ponen en juego "la memoria **corporal** y los sistemas de conocimiento **implícito**."

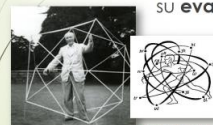
(García, 2001, citada en Jimenes, 2011)

15

QUÉ ES OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO

Método **sistemático** para la "**descripción** conductas observables y posterior **registro** para su **evaluación**."

(Vella y Torres, 2012)



<http://www.movement-analysis.com/therapist/therapist.php>

16

ASPECTOS DE LA O Y A DEL MOVIMIENTO A CONSIDERAR POR ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

"No solo el cuerpo sino también la **corporeidad** es fundamental en el ejercicio de **cuidar**". (Torralba, 1998)



CUIDADO DEL PACIENTE
AUTOCUIDADO

<http://www.cuidado-y-a-del-movimiento.com/2014/06/10/autocuidado/>

<http://www.cuidado-y-a-del-movimiento.com/2014/06/10/autocuidado/>

17

AUTOCUIDADO

"Conjunto de actividades que las personas realizan de forma **cotidiana** con la finalidad de **mantener** el buen estado su salud y su **calidad** de vida, tomando en cuenta **factores** físicos, emocionales y sociales."

Fomentar **recursos**
Equilibrar **demandas**



<http://www.movement-analysis.com/therapist/therapist.php>

18

CONCEPTOS O Y A. ESTRELLA DE LABAN



(extraído de Heidrun, 2008)

19

ASPECTOS CORPORALES I

- Actitud corporal general
- "Body-shape" (flecha, muro, pelota, tornillo), Postura (cóncava/convexa), simetría.
- Flujo del cuerpo: integración, coordinación, "splits", bloqueos...



<http://www.cuidado-y-a-del-movimiento.com/2014/06/10/autocuidado/>



<http://www.cuidado-y-a-del-movimiento.com/2014/06/10/autocuidado/>

20

31

ASPECTOS RELACIONALES

- Interacciones: iniciada, tolerada.
- Aproximaciones: acercamientos y alejamientos.
- Contacto: visual, físico, verbal.



<https://encrypted-tbn3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRm495FFzEw30A-Aicg3JhQ40D-g7Yc8th48AXxVB291-Q>

32

ASPECTOS DE LA ACCIÓN:

- **Acción:** descripción (Laban), aspectos espaciales (abrir/cerrar, crecer/encoger...), aspectos temporales (frases...).
 - **Gestos:** sesgos culturales.
 - Quietud
- 



<http://www.cantodelledere.it/serve/ita/ingles/default/1166/styl%20large/public/field/image/Disclaimers.jpg?tok=1eeb8f8f>

33

CUESTIONARIO "APORTACIONES DE LA OBSERVACIÓN Y EL ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO A LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL":

Autoconocimiento-autocuidado
y
Observación clínica

34 |

DUDAS Y CONCLUSIONES. CIERRE VISUAL



<https://static.wixstatic.com/media/273b3>

35

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN



http://cadencas00.epimg.net/emiota/images/2016/11/18/todofa_oladofa/1479488459_726136_1479488704_sumafo_normal.jpg

36

MUCHAS GRACIAS!



http://2.bp.blogspot.com/_YQAbBmDFA/yQF-hy3wQI/AAAAAAAAAIta/GQSHMEtZrA/s1600/7Cf00s-17_feetfanonomaDanchai.jpg

2.3. Vídeos utilizados en la sesión

Se facilitan los accesos directos (*online*) de los vídeos empleados en la sesión:



Authentic Movement Session (Smith, 2014) (fragmento 4'35'' - 6'04'')



Marian Chace DMT (Salvatore et al., 2016)

2.4. Certificado Dirección Enfermera



Germanes
Hospitalàries
HOSPITAL SAGRAT COR

Yo, Pilar Herrero Muñecas, Directora de Enfermería de Hospital Sagrat Cor Martorell GHSCJ, certifico que:

Dña. Eva Garrido Gómez, ha realizado la sesión " APORTACIONES DE LA OBSERVACION Y EL ANALISIS DEL MOVIMIENTO A LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL" los días 13 y 14 de marzo de 2017 con duración total de 5 horas docentes.

La participación total de Diplomados en Enfermería en Salud mental en dichas sesiones ha sido de 30 profesionales.

En Martorell a 31 de marzo de 2017


Pilar Herrero Muñecas
Dirección enfermera
Hospital Sagrat Cor. GHSCJ